Rok LXVIII. Kraków, dnia 13. marca 1909. Nr 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Przypadek podskórnego pęknięcia wątroby od urazu tępego, wyleczony przez operacyę.

Podał

Dr Jan Gawlik,

kierownik szpitala klimatycznego w Zakopanem.

Antoni K., l. 21, czeladnik piekarski z Zakopanego, biegnąc z osadzoną na drążku miotłą w ręku, pośliznął się przed zamkniętemi drzwiami i padł z całym rozmachem, uderzając okolicą dołka podsercowego o koniec drążka, od miotły, która nastawiła się pod upadającego w ten sposób, że ten koniec drążka, na którym osadzona była miotła, oparł się o próg drzwi, a rękojeść sterczała w kierunku prostopadłym do ciała padającego.

W chwili upadku doznał K. przeszywającego bolu w dołku i omdlał, a gdy przytomność wróciła, nie mógł już poruszyć się, ani powstać o własnej sile, z powodu gwałtownych bolów w brzuchu. Wkrótce potem wystąpiły nudności i wymioty, w których, według opowiadania otoczenia krwi nie było.

Wypadek zdarzył się dnia 31/XII. 1908 r. o godz. $11^1/_2$ przed południem. Zawezwani lekarze wyrazili przypuszczenie, że istnieje prawdopodobnie obrażenie jakiegoś narządu w jamie brzusznej, polecili spokój, okład lodowy na brzuch, zastosowali podskórnie morfinę, a otoczenie pouczyli, że gdyby po kilku godzinach stan chorego się nie poprawił, należy odwieść go do szpitala.

Gdy w ciągu popołudnia stan chorego zaczął się pogarszać, odwieziono go o godzinie 6 wieczorem do szpitala zakopiańskiego. Uprzedzony o przewiezieniu chorego byłem w szpitalu w chwili przyjęcia i przystąpiłem natychmiast do badania.

Stan obecny. Młodzieniec wzrostu średniego, dobrze zbudowany i odżywiony. Wyraz twarzy cierpiący, oczy zapadłe, skóra blada, pokryta potem; błony śluzowe blade, kończyny chłodne. Język środkiem podsychający. Ciepłota 36·3, tętno 96, miękkie, ale równe. Chory nieco odurzony (morfina), jęczy ustawicznie i narzeka na gwałtowny ból w całym brzuchu. Oddech przyspieszony, powierzchowny, o torze wyłącznie żebrowym. Żebra nienaruszone. Badanie płuc i serca nie stwierdzają nic nieprawidłowego. Brzuch nad pępkiem wzdęty, równomiernie po obu stronach. Na skórze tuż pod wyrostkiem mieczykowatym w linii środkowej świeże otarcie naskórka, kształtu owalnego, wielkości srebrnego guldena. Przez powłoki nie widać ruchów robaczkowych żołądka ani jelit. Mięśnie brzucha skurczowo napięte, po stronie prawej silniej, niż po lewej. Brzuch w całości przy dotyku bolesny, najbardziej tuż pod łukiem żebrowym prawym w ściśle ograniczonem miejscu, gdzie chory nie może znieść nawet lekkiego dotknięcia palcem.

Odgłos opukowy w górnej części brzucha bębenkowy, w podbrzuszu przytłumiony. Granica przytłumienia po prawej stronie wyżej, niż po lewej. Wątroba (opukiwanie) sięga do łuku żebrowego. Granica płuc prawidłowa. W moczu nie ma nieprawidłowych składników. W ciągu badania kilkakrotnie odbijania puste i czkawka. Wymiotów niema. Oddawanie wiatrów od chwili wypadku wstrzymane.

Jak widać z opisu stanu obecnego, rozpoznanie obrażenia jakiegoś trzewia brzusznego nie podlegało w danym przypadku wątpliwości, wobec istnienia wszystkich znamiennych cech, jak przemijający wstrząs, stały ból, kilkakrotne wymioty, skurczowe napięcie powłok, wzdęcie, a wreszcie przytłumienie, odpowiadające nagromadzeniu krwi w jamie brzusznej i objawy ogólne niedokrwistości. Okoliczność, że od wypadku upłynęło już $6^1/_2$ godziny, a nie wystąpiły dotąd objawy wybitne zapalenia otrzewnej z przedziurawienia (brak częstych wymiotów, wzdęcie ograniczone do nadbrzusza, tętno stosunkowo wolne 90), a dalej stwierdzenie stałej miejscowej bolesności tuż pod łukiem żebrowym prawym z nagromadzeniem krwi w jamie brzusznej. znaczniejszem po stronie prawej, dały mi możność szczegółowego rozpoznania, że w danym przypadku istnieje z wszelkiem prawdopodobieństwem pęknięcie samej tylko wątroby.

O godzinie $7^1/_2$ wieczorem przystąpiłem do operacyi.

Uśpienie chloroformowe. Ułożenie zwykłe na wznak z podwyższeniem nadbrzusza przez podłożony pod plecy wałek. Cięcie w linii środkowej od wyrostka mieczykowatego do pępka. Po otwarciu otrzewnej wydobywa się z jamy brzusznej strumień świeżej płynnej krwi, zalewając całe pole operacyjne. Żołądek miernie wzdęty, nie okazuje żadnego uszkodzenia. Nie widać również nic nieprawidłowego na jelitach. Otrzewna wszędzie gładka, lśniąca. Brzeg wątroby i górna wypukła powierzchnia bez zmian. Między trzewiami wszędzie płynna krew i liczne skrzepy. Sieć oblepiona skrzepami, jednak nienaruszona. Pęcherz moczowy miernie wypełniony.

Palec wprowadzony pod brzeg wątroby w kierunku pęcherzyka żółciowego, natrafia na dolnej wklęsłej powierzchni wątroby na głęboką szczelinę, idącą od brzegu ku wnęce. Stamtąd też sączy się świeża krew.

Po stwierdzeniu miejsca uszkodzenia, oddzieliłem resztę jamy brzusznej od pola operacyjnego przez tymczasową tamponadę i przystąpiłem do odsłonięcia rany wątroby. Przystęp do dolnej powierzchni wątroby z cięcia środkowego był trudny i niekorzystny z powodu braku miejsca i znacznej głębokości, w jakiej należało przeprowadzić dalsze manipulacye. Mimo to, nie chcąc przedłużać zabiegu operacyjnego, wykonywanego w niezupełnie korzystnych warunkach, bo przy niezbyt gładkiej narkozie i przy oświetleniu naftowem, nie użyłem pomocniczego cięcia »Hakenschnitt« Czernego, któreby tutaj najlepiej się nadawało, ale postanowiłem sprobować założenia szwów z cięcia środkowego, które tylko przedłużyłem ku dołowi na 2 palce poniżej pępka.

Po podważeniu ku górze brzegu wątroby i uciśnięciu przez tampony ręką na płask ułożoną trzew, położonych pod wątrobą, a przy równoczesnem odciągnięciu ku górze i zewnątrz silnym hakiem łuku żebrowego prawego odsłoniłem spód wątroby. Pęknięcie miało kształt wrzecionowatej szczeliny, przebiegającej w kierunku ukośnym od wolnego brzegu ku wnęce wątroby, przez dolną wklęsłą powierzchnię tejże, na przestrzeni pomiędzy wiązadłem okrągłem, a nienaruszonym pęcherzykiem żółciowym, nieco bliżej pęcherzyka i prawie równolegle do niego. Szczelina miała długość około 6 cm, brzegi gładkie, jak gdyby ostro cięte,

rozwarte w części środkowej na szerokość około 3 cm. Głębokość dna wynosiła około 3 cm, siedziba rany odpowiadała płatowi kwadratowemu (*lobus quadratus*).

Delikatnemi kleszczykami jelitowemi Collina (*pince à cinq griffes*) uchwyciłem brzegi przedniego kąta szczeliny i ustaliwszy je w ten sposób, przeprowadziłem zwykłą ostrą silnie wygiętą igłą na imadle pierwszy, średniej grubości szew jedwabny, starając się podejść wszędzie igłą pod dno rany. Długie końce szwu, przytrzymywane w lekkiem naprężeniu ku górze, służyły mi do ustalenia rany przy dalszych szwach, których założyłem jeszcze 4. Tylko ostatniego szwu nie udało mi się ze względu na trudny dostęp przeprowadzić dokładnie pod dnem pęknięcia. Po ostrożnem ściągnięciu i związaniu szwów, brzegi na całej przestrzeni pęknięcia złożyły się dokładnie a krwawienie ustało. Wobec tego nie zszywałem już osobno torebki. Bardzo nieznaczne krwawienie z otworów szwów ustało po chwilowym ucisku gazą. Pod wątrobę w miejsce szwów wsunąłem dużą chustkę gazy wyjałowionej w kształcie worka Mikulicza, a wnętrze worka wypełniłem dość szczelnie długimi pasami gazy. Krew z jamy brzusznej usunąłem przez wymaczanie gazą, bez płukania. Przekonawszy się, że nic nie krwawi, zeszyłem częściowo ranę powłok trzema piętrami szwów węzełkowych jedwabnych, a przez pozostawioną $^1/_4$ część rany wyprowadziłem na zewnątrz końce worka. Opatrunek lekko uciskający z gazy i przylepców.

Bezpośrednio po operacyi tętno dość dobrze napięte, regularne, 96 na minutę.

Przebieg 1/I. 1909 r. Rano ciepłota 37·5, tętno 88, wieczorem ciepłota 37·6, tętno 90. Lekka żółtaczka. Nieznaczne wzdęcie brzucha. Wiatry wstrzymane. Kilkakrotne w ciągu dnia wymioty.

2/I. Przy porannej wizycie zawiadomiła mnie dyżurna zakonnica, że od poprzedniego wieczoru chory ma się znacznie gorzej, skarży się na znaczne osłabienie i bole w brzuchu i wymiotuje prawie bez przerwy. Zastosowane w ciągu nocy wstrzyknięcie morfiny pozostało bez skutku.

Badanie stwierdziło: ciepłota 37·6, tętno 104. Rysy twarzy zaostrzone, oczy zapadłe, podkrążone. Na skórze i spojówkach wybitna żółtaczka. Język obłożony, ale wilgotny. Wzdęcie brzucha większe, niż dnia poprzedniego. Brzuch w całości przy dotyku bolesny. Wiatry wstrzymane. W ciągu badania kilkakrotne wymioty.

Zmiana opatrunku. Usunięcie przylepców. Końce gazy, sterczące z górnej części rany, suche. Wydobyłem cały jeden pas gazy z wnętrza worka Mikulicza i podciągnąłem cokolwiek cały worek, o ile się to dało bez użycia siły. Po opatrunku znaczna ulga. Wymioty ustały zupełnie. Wieczorem: ciepłota 37·4, tętno 96. Wymiotów niema. Wzdęcie brzucha znacznie mniejsze. Wiatry odeszły. Bolów niema.

3/I. Rano: ciepłota 36·9, tętno 90; wieczorem: ciepłota 37, tętno 90. Stan ogólny dobry. Żółtaczka znacznie mniejsza.

4/I. Rano: ciepłota 36·9, tętno 80; wieczorem ciepłota 37·2, tętno 80. Żółtaczka ustąpiła prawie zupełnie. Stolec samoistnie. Zmiana opatrunku. Usunięcie reszty pasów gazy z worka Mikulicza. Rozluźnienie samego worka.

Odtąd przebieg bezgorączkowy bez powikłań. 11/I. Usunięto worek Mikulicza w całości i wyjęto szwy. Maść lapisowa na gazie. W wydzielinie rany nie zauważono przez cały czas znaczniejszej domieszki żółci.

1/II. 1909 chory opuścił szpital wyleczony. Rana w całości zagojona. Ogólny stan zdrowia zupełnie zadowalniający.

Pęknięcia podskórne wątroby nie należą do rzadkości, a powstałe zazwyczaj wskutek zadziałania bardzo silnego urazu, jak upadek ze znacznej wysokości, zasypanie ziemią, zgniecenie między wagonami, przejechanie, towarzyszą one innym rozległym obrażeniom ciała, sprowadzającym za sobą w krótkim czasie zejście śmiertelne i jako takie rzadko stają się przedmiotem skutecznego leczenia chirurgicznego.

Stosunkowo rzadsze są przypadki pęknięcia podskórnego samej tylko wątroby, a te, o ile się je na czas rozpozna i operuje, pozwalają rokować znacznie lepiej.

Statystyka obrażeń narządów jamy brzusznej Edlera z. r. 1887 podaje śmiertelność podskórnych pęknięć wątroby na 35%. Mimo ogromnego postępu w technice chirurgii wątroby, śmiertelność operacyjna tych przypadków jest i dzisiaj znaczna. Z dostępnego mi piśmiennictwa ostatnich lat 9 znalazłem na 67 ogłoszonych przypadków pęknięć podskórnych wątroby, leczonych operacyjnie, 27 przypadków wyzdrowienia.

	operowanych	wyleczonych
Hartman	1	1
Carwardin	1	1
Wilms	15	3
Finkelstein	4	3
Fuchsig	3	0
Fränkel	3	2
Fertig	1	1
Graser	1	1
Schnitcler	1	1
Lotheisen	1	1
Spielman	1	0
Thöle	2	1
Ramstädt	2	0
Nötzel	5	0
Denks	6	3
Doetz	3	2
Hippel	1	1
Engelman	1	1
Nordman	1	1
Neuman	14	4
	67	27

Stosunkowo nizki odsetek wyleczeń tłómaczy ta okoliczność, że większość przypadków wymienionych autorów, w których mimo operacyi nastąpiło zejście śmiertelne, stanowiły przypadki bardzo ciężkie, już to wskutek znacznej rozległości pęknięć w samej wątrobie, (pęknięcia mnogie), jużto z powodu powikłania z pęknięciem wielkich przewodów żółciowych, dalej z powodu równoczesnych uszkodzeń innych ważnych dla życia narządów, już to wreszcie, że śmierć nastąpiła wskutek powikłań w przebiegu pooperacyjnym, niezależnych od operacyi. Podnieść natomiast należy, że większość przypadków, w których znaleziono pęknięcie samej tylko wątroby, zakończyło się wyzdrowieniem zupełnem.

Między tymi zaś przypadkami było kilka takich, gdzie wskutek mnogich pęknięć wyosobnione były z ciągłości miąższu wątroby całe kawały, wielkości pięści, (Schnitzler, Lotheisen), a w przypadku Neumana oddzielony był prawie cały lewy płat

Rozpoznanie podskórnego pęknięcia wątroby jest w pierwszych godzinach po wypadku trudne, a w większości przypadków wręcz niemożliwe ze względu na to, że pęknięcie wątroby nie wywołuje żadnych znamiennych objawów, różniących je od pęknięcia innych narządów jamy brzusznej.

Przy pewnych korzystnych warunkach, zwłaszcza, gdy upłynęło już od wypadku kilka godzin, łatwiej już dojść do rozpoznania, jednak i wtedy bywa ono tylko prawdopodobnem.

Ze względu jednak, że objawy, potrzebne do ogólnego rozpoznania pęknięcia trzew brzusznych, są dosyć znamienne, a objawy te towarzyszą z reguły i pęknięciu wątroby, nie zależy tyle na szczegółowem rozpoznaniu, ile na tem, ażeby zdać sobie należycie sprawę z doniosłości przypadku i gdzie tego potrzeba, jak najspieszniej upewnić się w rozpoznaniu przez wykonanie laparotomii próbnej.

Według zgodnych zapatrywań większości chirurgów rozpoznane pęknięcie wątroby leczyć należy z reguły operacyjnie, tak samo, jak pęknięcie każdego innego trzewia brzusznego. W przypadkach wątpliwych lepiej jest opero-

wać bez pewnego rozpoznania, nie tracąc czasu na wyczekiwanie i nie stosować leków odurzających, które tylko zaciemniają obraz choroby, ponieważ laparotomia próbna w tych przypadkach wogóle mniej szkody przynosi, niż czekanie. Wprawdzie stwierdzonym jest fakt, że lekkie pęknięcia wątroby zagoić się mogą bez operacyi, jednakże tem kierować się nie można bo po pierwsze, zdarza się niejednokrotnie, że po otwarciu jamy brzusznej znajduje się znacznie cięższe uszkodzenia, niżby to odpowiadało objawom klinicznym przed operacyą, a po drugie nie można pominąć tej okoliczności, że żółć, a nawet krew żyły wrotnej mogą zawierać bakterye, (Fuchsig) i że chory, który nie uległ śmierci z ostrej niedokrwistości po pęknięciu wątroby, może uledz zapaleniu otrzewnej lub innym ciężkim powikłaniom jak: ropień podprzeponowy, posocznica i t. p.

Co do samej techniki zaopatrzenia pęknięcia wątroby, to współzawodniczą tutaj ze sobą szew i tamponada.

Samo wytamponowanie wystarcza w wielu przypadkach do opanowania krwotoku, a ograniczyć się do niego musimy tam, gdzie zaszycie ran wątroby jest niemożebne.

Ma ono jednak pewne nieprzyjemne strony, a mianowicie: stosunkowo częściej po wytamponowaniu, niż po zeszyciu, wikła przebieg pooperacyjny nadmierny wypływ żółci z rany, co opaźnia gojenie. Powtóre: tamponada, ażeby odpowiadała celowi, musi być szczelną i działać z dość znacznym uciskiem, a jako taka wywołuje czasem przykre objawy przez ucisk na narządy sąsiednie, (Mikulicz), zwłaszcza na dwunastnicę i przewody żółciowe przy ułożeniu tamponów pod wątrobą, na co zawsze trzeba być przygotowanym.

Najkorzystniej jest, jeżeli tylko można pęknięcie wątroby zaszyć, a miejsce szwu zabezpieczyć tamponami, które wtedy można założyć luźniej, ponieważ mają one w tym przypadku więcej znacznie sączków. Całkowite zaszycie rany operacyjnej powłok bez sączkowania, należy ograniczyć tylko do przypadków bardzo lekkich, operowanych w zupełnie dobrych warunkach, co przy wypadkach nagłych nie zawsze się zdarza.

Przypadek operowany przezemnie zasługuje na uwagę z następujących powodów:

1) Pęknięcie wątroby nastąpiło w tym przypadku po stosunkowo nieznacznym urazie.

2) Pęknięcie dotyczyło samego tylko spodu czyli wklęsłej powierzchni wątroby, co jest rzeczą rzadką. Pęknięcia wklęsłej powierzchni spostrzegano przeważnie w połączeniu z pęknięciami mnogiemi, względnie z pęknięciem całego płatu na wskróś. Na 67 przypadków przytoczonych powyżej znalazłem tylko jeden podobny, operowany przez Hartmana.

3) Wyjątkowo korzystne ułożenie się warunków dla rozpoznania pozwoliło mi rozpoznać z wszelkiem prawdopodobieństwem pęknięcie wątroby przed operacyą.

4) Pouczającem jest powikłanie, które wystąpiło w drugim dniu po operacyi, z powodu zbyt silnego ucisku tamponów. Obraz chorobowy wywołany przez to powikłanie był łudząco podobny do rozpoczynającego się ogólnego zapalenia otrzewnej, a ustąpił natychmiast po rozluźnieniu tamponów.

Piśmiennictwo:

1) Hartman: Contusion de l'abdomen. Déchirure du foie. Coeliotomie. Tamponnement de la déchirure. Guérison. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris, T. XXV, p. 143. — 2) T. Carvadine: A case of ruptured liver succesful operation on a pulseless patient. Lancet 1900. 12. — 3) F. Frankel: Über die subkutane Leberruptur und deren Behandlung durch die primäre Laparotomie. Beiträge z. klin. Chir: T. XXX. H. 2. — 4) Wilms, Behandlung der Leberrupturen. Deutsch. med. Wochenschrift 1901. 34. 35. — 5) Finkelstein: Zur Frage d. Rupturen d. Lebers. Wracz 1902. 44. — 6) Fuchsig: Zur Kasuistik der Leberverletzungen. Wiener klin. Rundschau 1902. 17. 18. — 7) Fertig: Bauchverletzung. Verhandl. der deutsch. Gesellsch. f. Chirurgie 1904. — 8) Schnitzler. 9) Lotheisen. Subkutane Leberverletzungen. Gesellsch. Wiener Artzte 14/10. 1904. — 10) Spielman: Rupture double des voies biliaires consecutive à une chute. Arch. prov. de chir. 1904. 12. — 11) Ramstädt, Leberverletzungen. Langenbecks Arch. LXXV. H. 4. — 12) Thöle: 2 operierte Falle v. Leberruptur. Deut. Zeits. f. Chir. LXXX. H. 1. — 13) Noetzel: Üb. Operation der Leberverletzung. Beitr. z. klin. Chir. XLVIII. H. 2. — 14) Denks: Z. Diagnose u. Behandlung der Leberverletzung. Deut. Zeitsch. f. Chirur. LXXX. — 15) Dötz: Z. Klinik. d. Leberverletzung. Med. Klinik 1906. 4. — 16) Hippel: Beitrag z. Behandlung der Leberruptur Langenbcks Arch. LXXXI. H 2. — 17) Engelman, Martens, Freie Vereinigung der Chir. Berlins Sitz. 10. VII. 1907. — 18) Nordman: Ein Fall v. Leberruptur. Inaug. Diss. Kiel 1907. — 19) Neuman: Z. Behandlung d. Leberverletzungen. Sitzung freier Vereinigung der Chir. Berlins 11/11. 1908. — 20) Prof. Dr Hans Kehr: Die Verletzungen der Leber. Handb. der prak. Chir. Bergman. Bruns. Mikulicz.

Ze szpitala św. Aleksandra w Łodzi.

Zgorzel pętli esowatej wskutek skręcenia krezki.

Podał

Dr H. Goldberg.

Przypadek, który opisać zamierzam, nie należy do zbyt rzadkich, ze względu jednak na rozległość zniszczenia i na przebieg kliniczny powinien zwrócić uwagę zarówno terapeutów, jak i chirurgów.

Wywiady nie są ścisłe, gdyż, po pierwsze, chory nie odznaczał się inteligencyą, powtóre, chory, zamieszkały na wsi o milę od Łodzi położonej, był pierwotnie badany przez kolegę internistę tylko dorywczo. Opierając się na słowach chorego i kolegi L. streścimy nasze wywiady w następujący sposób.

Jan T., 20-letni parobczak, dotąd zupełnie zdrowy, zapadł nagle nad wieczorem dnia 23. I. 1909 na silne bole brzucha po obfitem spożyciu kiełbasy. Nastąpiły jednorazowe wymioty treścią pokarmową; brzuch odrazu wzdęty; chory utrzymuje, że od tej chwili nastąpiło zaparcie, brak wiatrów i zatrzymanie moczu. Bole, aczkolwiek słabsze, trwały przez całą noc i na drugi dzień zrana. Wymiotów nowych nie było; brzuch po dawnemu wzdęty, moczu brak. Koło godziny 1-szej popołudniu dnia następnego widział kol. L. chorego. W tym czasie znalazł stan następujący: T. sprawia wrażenie ciężko chorego: cera ziemista, oczy zapadnięte, język suchy, tętno koło 120, nieźle jeszcze napięte, brzuch równomiernie wzdęty, odbijania, wymiotów niema. Stłumienia, ani ograniczonej bolesności doszukać się niepodobna. Kol. L. przypuszczał, że jestto niedrożność jelit, lub ewentualnie rozlane zapalenie otrzewnej, chociaż skłaniał się ku pierwszemu rozpoznaniu. Wobec względnie dobrego tętna i krótkiego trwania sprawy, wskazał kol. L. na konieczność natychmiastowej operacyi.

Chorego zawieźli furmanką do Łodzi. O godzinie 7 pp. tegoż dnia widziałem Jana T. Chory bez niczyjej pomocy zlazł z wozu, wszedł na stopnie, położył się na stole do badania i t. d., słowem, podmiotowo czuł się nienajgorzej. Brzuch wzdęty, a zarazem płaski, przypomina postacią brzuch żaby. Przy opukiwaniu wszędzie odgłos bębenkowy, nigdzie stłumienia, ani objawów wolnego płynu. Ani przy opukiwaniu, ani przy głębokiem nawet macaniu nie skarży się chory na bole. Język suchy, nie obłożony, odbijania niema, wymiotów również. Tętno

koło 150, słabo wyczuwalne. Ponieważ chory twierdził, że od rana nie oddawał moczu, założyłem cewnik, ale pęcherz był pusty. Koło godziny $7^1/_2$ odniesiono chorego do szpitala św. Aleksadra, gdzie T. znowu bez niczyjej pomocy zajął miejsce na wskazanem mu łóżku. Mieliśmy przystąpić do operacyi, lecz o godzinie $8^1/_2$ wieczorem chory — w obecności kol. G. — umarł, przyczem tętno stawało się coraz mniej wyczuwalnem, przytomność zachowana do ostatniej chwili, żadnych zaś objawów ze strony otrzewnej kol. G., również jak i ja, stwierdzić nie mógł.

Wobec opisanej tutaj historyi choroby rozpoznanie pozostało spornem. Dopiero sekcya rozwiązała zagadkę w sposób dość nieoczekiwany.

Protokół sekcyi: Chory dobrego wzrostu, tuszy i odżywienia; warstwa tłuszczowa miernie rozwinięta. Po otwarciu jamy brzusznej wydobyły się cuchnące gazy; w jamie brzusznej koło 400 ctm³ brunatno zabarwionego płynu ze strzępami bez domieszki ropy. Otrzewna ścienna przekrwiona, toż samo widzimy na otrzewnej jelit. Żadnych złogów wysięku zapalnego na otrzewnej niema; gdzieniegdzie punkcikowate wybroczyny.

Kiszki cienkie rozdęte gazami, dochodzą do 4—5 ctm w średnicy; okrężnica poprzeczna wzdęta również, ale w miernym stopniu. Żołądek zawarty w lewem podżebrzu, wzdęty do rozmiarów 30×12 ctm, blady, wypełniony płynną treścią.

Kiszka ślepa bez zmian widocznych, ani w niej samej, ani w najbliższem otoczeniu. Po odsunięciu trzew brzusznych pokazało się, że cała pętla esowata leży w prawej połowie miednicy i brzucha. Część pętli esowatej, długości koło 20 ctm leży podłużnie w prawym dole biodrowym i prawem podżebrzu ponad jelitami, tak, iż po otwarciu jamy brzucha wpada w oczy przedewszystkiem ta właśnie pętla; cała ta część kiszki podległa zupełnie zgorzeli. Idąc wzdłuż tego zgorzelinowego odcinka w obie strony, dochodzimy po odsunięciu reszty jelit do początku i końca pętli esowatej i widzimy, że cała ta pętla, poczynając od lewego dołu biodrowego do przejścia w prostnicę na poziomie tętnicy krzyżowo-biodrowej lewej podległa zupełnej zgorzeli. Pętla ta silnie rozdęta gazami, dochodzi w przecięciu do 10 ctm szerokości. Poza miejscami zmienionemi pętli esowatej rozpoczyna się odrazu prawidłowa tkanka kiszek, przyczem kiszka prosta pusta, kiszki zaś grube, jelita cienkie i żołądek rozdęte.

W ten sposób mechanizm powstania zgorzeli objaśnić należy skręceniem się krezki pętli esowatej dokoła osi o 180°.

W piśmiennictwie mało spotkałem danych o skręceniu krezki pętli esowatej, co się zaś tyczy zgorzeli tego odcinka kiszki grubej, wywołanej przez skręcenie, znalazłem tylko opis analogiczny kol. Solmana z r. 1891 [1]; i w tym jednak przypadku całkowitej zgorzeli nie było, gdyż, pominąwszy wycięcie 72 ctm pętli esowatej, kiszka podległa zupełnej zgorzeli tylko częściowo, w innych zaś odcinkach wyglądała tylko zbyt podejrzanie, aby ją w jamie brzusznej pozostawić. U innych autorów, którzy opisują podobne skręcenie, o zgorzeli mowy niema.

Przechodząc do pochodzenia tego cierpienia, wskazać należy, że większość autorów przyczynę jego widzi w nadmiernie długiej krezce pętli esowatej. Otóż wyjątek w tych poglądach na pochodzenie tej sprawy stanowi zdanie Laroque'a, [2]), który opisuje przypadek, gdzie w związku z przebytą dyzenteryą nastąpiło zbliznowacenie i skrócenie pętli esowatej i przegięcie tej kiszki pod kątem, wskutek czego wystąpiły nagle objawy zapadu i niedrożności.

Rozpoznanie nie należy do łatwych. Wprawdzie objawy niedrożności przeważają, ale brak im pewnych cech właściwych, mianowicie: wymioty występują dość późno, niema silnej bolesności, objawy występują zwolna, rzadko spotykamy wydzielinę krwawą lub ropną w prostnicy, choć nie brak jej w jamie brzusznej. Płynną treść w jamie brzusznej trudno jednak rozpoznać ze względu na silne bardzo wzdęcie brzucha. W naszym przypadku również większość kolegów skłaniała się ku rozpoznaniu rozlanego zapalenia otrzewnej wskutek pęknięcia zmienionego wyrostka robaczkowatego, przypisując brak odpowiednich wywiadów małej inteligencyi chorego. Delatour [3]) wskazuje również na możliwość omyłek rozpoznawczych *(carcinoma, mesosigmoiditis)*. Zdawałoby się, że najtrudniej chyba przypuszczać w podobnych przypadkach obecność nowotworu, a jednak nie jest to bynajmniej najrzadsza omyłka rozpoznawcza, jak o tem pouczają przypadki Bergmanna [4]), Saksa i Laroquea. W przypadku Saksa skręcona pętla esowata uciskała z przodu na macicę, wypełniając zagłębienie pęcherzowo-maciczne i naśladując guz jajnikowy: w przypadku Laroquea przy badaniu przez odbyt wyczuwano guz, który okazał się kawałem błony śluzowej. W przypadku Bergmana [5]) cała pętla esowata była do tego stopnia wypełniona masami kałowemi, że zajmowała znaczną przestrzeń jamy brzusznej od spojenia łonowego do przepony, odsunęła żołądek i kiszki w kierunku kręgosłupa i wywołała objawy silnego wzdęcia. Co się tyczy klinicznego przebiegu opisywanego przypadku, gdzie chory z olbrzymią zgorzelą kiszek umarł, że tak powiem, »ambulatoryjnie«, to jest chyba jedyne dotąd ogłoszone spostrzeżenie.

¹) Medycyna 1891, NN 14—16.

²) Ann. of Surgery 1906—XII. Ref, Centr. 1907, str. 261.

³) Ann. of Surgery 1905—XI. Ref. Centr. 1906, str. 257.

⁴) Prager med. Wochs. 1904, Nr 26.

⁵) Münch, med. Wochs. 1903, Nr 51.

Oceny i sprawozdania.

Sprawa odkażania rąk.

Sprawozdanie poglądowe.

Napisał **Dr Adolf Klęsk.**

Zupełnie słusznie domagać się może lekarz praktyczny odpowiedzi na pytanie: Jaki właściwie sposób odkażania rąk jest najlepszy?

A jednak, jeżeli przeglądniemy dorobek piśmienniczy ostatnich czasów, a za ideał metody odkażania skóry uważać będziemy taki sposób, który dozwala w krótkim czasie zupełnie pewnie, a łatwo wyjaławiać dane miejsce, naturalnie bez szkody dla chorego, to przyznać musimy, że dotąd takiego sposobu niestety nie znamy.

Zdania badaczów różnią się bardzo od siebie nawet co do zasadniczych punktów sprawy. Jedni twierdzą n. p., że skórę udaje się odkazić prawie zupełnie, inni sądzą, że odkażenie to jest tylko pozornem i chwilowem, bo już w krótkim czasie drobnoustroje wydostają się z głębi na powierzchnię skóry, a nie brak i takich, którzy twierdzą, że bardzo skrupulatne odkażanie skóry niema celu, bo usuwa częściowo tylko zarazki z powierzchni, natomiast ułatwiając wydostawanie się głębiej usadowionych mikrobów na powierzchnię i macerując skórę, raczej jeszcze usposabia do zakażeń.

Z tych różnych poglądów wyłoniły się też różne sposoby odkażania rąk.

Jedne z nich opierają się na usuwaniu mechaniczno-chemicznem drobnoustrojów, inne ufają tylko środkom chemicznym, które mają albo niszczyć drobnoustroje, albo zachowywać je w skórze i nie dozwalać im wydostać się na powierzchnię. Do tego drugiego celu służą także rękawiczki i różne modne w ostatnich czasach powłoczki na ręce.

Sprawę odkażania rąk należy rozpatrzeć przedewszystkiem zasadniczo z podwójnego stanowiska: 1) odkażanie tak zw. »codziennej« ręki lekarza, 2) odkażanie ręki zakażonej. Oczywiście o wiele ważniejszą jest sprawa druga, bo rzecz jasna, że jeżeli zdołamy napewno odkazić rękę zakażoną, to tem samem

jeszcze łatwiej odkazimy t. zw. rękę »codzienną«, t. j. używaną do zwykłych zajęć i badań lekarza.

Ahlfeld na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Marburgu roztrząsał właśnie tę sprawę, a mianowicie starał się odpowiedzieć na pytanie, czy ręka, która stykała się z materyałem zakaźnym, może być tak odczyszczoną, by można jej dalej bez obawy używać bez rękawiczek, w chirurgii i położnictwie. Pytanie to jest pierwszorzędnej wagi, zwłaszcza dla lekarza praktycznego, który nieraz jest poprostu zmuszony iść wprost od przypadku zakaźnego do przypadku czystego, gdy na zastępstwo przez kogo innego nie może liczyć z powodu warunków miejscowych. Z badań swych doszedł Ahlfeld do przekonania, że drobnoustroje, które dopiero niedawno dostały się na rękę i nie zostały w nią wtarte, można usunąć zapomocą oczyszczenia rąk ciepłą wodą, mydłem i szczotką, wytarcia suchym jałowym wacikiem i następowego wymycia szczotką i alkoholem. Po możliwem zakażeniu należy podług Ahlfelda ręce odrazu skrupulatnie odkazić.

Zdanie Ahlfelda jest może za śmiałe, a raczej lekarz praktyczny, opierający się na niem, doczekać się może niemiłych powikłań. Dlatego już w dyskusyi nad odczytem Ahlfelda, przestrzegał Stoeckel przed hołdowaniem zasadzie, że rękę odkażoną można napewno dokładnie odkazić. Stoeckel przytoczył następujący przykład: Pewien lekarz zakaził rękę ropą z migdałków, potem wprawdzie bardzo dokładnie się odkaził, jednakże żona jego, u której zmuszony był prowadzić zaraz poród, zginęła na zakażenie połogowe. Z pewnością zaś lekarz ten starał się o jak najdokładniejsze odkażenie. Lepiej więc uważać już rękę zakażoną za nie nadającą się na razie do dalszych zabiegów; a więc albo chronić rękę przed zakażeniem rękawiczką, albo też używać po przypuszczalnem zakażeniu i następowem odkażeniu ręki potem znowu rękawiczek, albo, o ile to możebne, wstrzymać się potem od »czystego« zabiegu.

Używanie rękawiczek jest bardzo korzystne, ale połączone z pewnemi niedogodnościami. Rękawiczki gumowe są stosunkowo drogie i odkażenie ich nie jest zupełnie proste, jeżeli chodzi o to, żeby niebardzo prędko się niszczyły. Veit radzi gotować je przez 5 minut, a potem 5 minut myć, podobnie jak ręce, szczotką, mydłem i wodą, i opłukać w sublimacie. Becker twierdzi, że rękawiczki można dobrze wyjałowić, wycierając je przez minutę 20% formolem.

Mniejwięcej w tej samej myśli podano różne powłoczki na ręce. Jedne z nich pokrywać mają powierzchnię skóry nieprzepuszczalną warstwą, inne znów wnikać mają w skórę i napajać ją (impregnować). Idealna powłoczka powinna podług Wederhakego przylegać ściśle do rąk, wnikać w głąb skóry, nie pękać, a dawać się łatwo po operacyi usuwać. Schleich podał powłoczkę woskową, Menges ksylol-parafinową, Hägler gutaperkową, Wederhake jod-kauczukową. Oettingen w wojnie rosyjsko-japońskiej używał do tego mastyksu, Herff poleca 1% jod-waselinę, Döderlein (na skórę chorego) gaudaninę, Klapp-Dönitz polecają chirosoter, a Wederhake dermagummit. Chirosoter, jest to rozczyn różnych żywicznych i woskowych substancyi w czterochlorku węgla. Rozpyla się go na skórę osuszoną. Nie tamuje on czucia i chroni samąż skórę. K. i D. twierdzą, że chirosoter można stosować nawet na skórę przedtem nieodkażoną, przed czem jednak bardzo przestrzega Becker. Dermagummit Wederhakego jest to rozczyn parakauczuku w czterochlorku węgla z dodatkiem rozczynu jodu 0,4 na 100 czterochlorku węgla. Wederhake odkaża ręce, myjąc je zapomocą szczotki lub wacika rozczynem jodu-czterochlorku węgla 1: 1000, a potem wciera dermagummit dokładnie w skórę. Po operacyi powłoczkę usuwa się samym czterochlorkiem węgla. Jeżeli skóra po wtarciu dermagummitu jest lepka, posypuje się ją kaoliną.

Używania powłoczek w praktyce prywatnej nie można nazwać bardzo dogodnem, albowiem przed użyciem powłoczek musi się i tak ręce odkazić, boć przecież nie można, używając powłoczki na rękę nieodkażoną, brać na siebie wynikającej stąd odpowiedzialności, jak słusznie ostrzega Becker.

Podane w ostatnich czasach sposoby odkażania skóry mają głównie na oku skrócenie czasu mycia. Jak wiadomo bowiem, sposób Fürbringera (czyszczenie mechaniczne, ciepła woda, mydło, szczotka, alkohol i środek odkażający) zajmuje dużo czasu i bądź co bądź dla skóry ręki nie jest obojętny. Wygodniejszy już jest sposób Mikulicza (5 minut spirytus mydlany). Haegler wykazał jednak, że mydło osłabia działanie alkoholu tak, że alkohol zgęszczony działa wtedy tylko tak, jak 50% rozczyn.

Heusner polecał gorąco swój sposób: używanie jod-benzyny 1: 1000 z dodatkiem parafiny płynnej, celem ochrony rąk. Do odkażenia rąk tym sposobem potrzeba 5—10 minut. Niestety rozczyn ten brudzi skórę, a jak donosi Enderlen, niszczy bardzo ręce, wywołuje wypryski, wpływa ujemnie na gojenie się ran, a także wywołuje uszkodzenia rękawiczek, fartuchów i t. p. Wobec tego zamiast jod-benzyny zaleca Grassmann jod-benzynoform, 1:1000, podobno mniej działający na skórę.

Witthauer po mydle, wodzie i sublimacie używa 12% wyskokowego rozczynu jothionu, który zawiera 80% jodu i wnikać ma bardzo szybko w skórę (już po $^{1}/_{2}$ godziny stwierdzić można jod w moczu).

Nieco zbyt złożonym sposobem odkaża ręce Lenzmann. Podstawą jego sposobu jest dermosapol, t. j. mieszanina 50% tłuszczu, lanoliny, gliceryny, balsamu peruwiańskiego i olejków eterycznych. Dermosapol ma wnikać dobrze w skórę i pienić się należycie. Mydło, używane przez Lenzmanna, składa się z 5,0 grm benzyny, 15·0 grm formaliny i 80,0 grm dermosapolu. Sposób mycia: 5 minut w bieżącej wodzie z pomocą mydła marmurowego i szczotki, wytarcie suchą jałową gazą, potem 2 minuty mydło Lenzmanna, dalej 2 minuty spirytus mydlany, w końcu obmycie sublimatem 1‰.

Lockwood myje ręce wodą i mydłem, a potem zanurza naprzemian 4 razy w wyskokowym i wodnym rozczynie dwujodku rtęci (1: 1000).

Z kliniki Brunsa podano wreszcie sposób bardzo prosty i wygodny: mycie rąk jedynie samym alkoholem. Meissner, donosząc o tem, podaje, że mycie 96% alkoholem przez 5 minut (ewentualnie wystarcza i 90% zwykły spirytus do palenia) zupełnie jest dostateczne. Również Brunn na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Tübingen polecał ten sposób. Sposób ten nadaje się szczególnie na wojnie i dla lekarza praktyka i w godzinie ordynacyjnej. Schumburg do wyskoku dodaje jeszcze $^{1}/_{2}$% kwas azotowy lub 1% formalinę; myje rękę 3 minuty, a potem używa jeszcze 10% wody utlenionej.

Starano się też wprowadzić w użycie różne mydła odkażające, niestety z wynikiem ujemnym, co tem się tłómaczy, że, jak podaje Reichenbach, siła działania mydła polega na pewnem określonem współdziałaniu ługu i soli tłuszczowych.

Jasną jest rzeczą, że skuteczność odkażania ręki zależy bardzo od szanowania ręki, unikania zakażeń skóry, a przedewszystkiem od wprawy i sumienności myjącego.

Piśmiennictwo. 1) Ahlfeld (Pos. lek. Marburg 22. XI. 1907. — 2) Stoeckel (tamże). — 3) Veit (Pos. lek. Halle 4. III. 1908). — 4) Becker (Deut. med. Wochs. 1908, Nr 51). — 5) Wederhake (Med. Klin. 1908, Nr 34). — 6) Oettingen (Verh. d. 35 Chir. Kong. 1906, I. Th.). — 7) Herff (Münch. med. Wochs. 1906, Nr 30). — 8) Becker Münch. med. Wochs. 1908, Nr 11). — Enderlen (Münch. med. Wochs. 1907, Nr 38). — 12). Witthauer (Znblt. f. Gyn 1908, Nr 31). — 13) Lenzmann (Znblt f. Chir. 1908, Nr 4). — 14) Lockwood (Lancet, 8. II. 1908). — 15) Brunn (Beitr. z. klin. Chir. 1907, T. 54) (Münch. med. Wochs. 1908, Nr 17). — 16) Meissner (Beitr. z. klin. Chir. T. 58, Z. I.). — 17) Brunn (Pos. l. Tybinga, 20. I. 1908). — 18) Schumburg (Deut. med. Wochs. 1908, Nr 8). — 19) Reichenbach (Zft. f. Hyg. u. Inf. 1908, T. 59, Z. II.). — 20) Heusner (Znblt. f. Chir. 1906, s. 209) (Deut. Zft. f. Chir. 1907, T. 87). — 21) Grassmann (Münch. med. Wochs. 1907, Nr 43).

Dr Emil Fuhrmann: **Aerztliches Jahrbuch für Oesterreich,** 1909. (Wiedeń, M. Münz). Cena 8 koron.

Rocznik Dra Fuhrmanna, ukazujący się po raz czwarty, jest to całkowity schematyzm lekarski austryacki, obejmujący: prawa i rozporządzenia sanitarne, wydane w ostatnim roku, najważniejsze dane o wszystkich instytucyach filantropijnych dla lekarzy, o towarzystwach lekarskich i farmaceutycznych i o czasopismach, dalej zaś spis wszystkich władz sanitarnych, instytucyi i korporacyi lekarskich, wreszcie imienny spis lekarzy wszystkich krajów austryackich. W roczniku obecnym widać starania o dalsze udoskonalenie wydawnictwa i podanie ścisłych danych. To też wydawnictwo to może oddać istotne usługi, jeżeli zwłaszcza współdziałanie czytelników przyczyni się do sprostowania tu i owdzie znajdujących się w Roczniku niedokładności. Redakcya Rocznika prosi też o nadsyłanie sprostowań każdego roku do 30. września. *Z.*

Dr Leopold Brenneisen: **Higiena zębów i jamy ustnej.** (Warszawa, 1909, Wende i Spółka).

W krótki, zwięzły, dla wszystkich przystępny i zrozumiały sposób kreśli autor rolę zębów i jamy ust w ustroju, zarówno w stanie zdrowia, jak choroby. Po zaznajomieniu czytelnika z anatomią i histologią zębów, ich rozwojem, oraz z prawidłowemi zmianami, w uzębieniu zachodzącemi, przechodzi autor do zmian chorobowych, ich przyczyn i skutków. — Osobny rozdział poświęca drobnoustrojom jamy ust, poczem obszerniej zajmuje się sposobami jej oczyszczania, nie pomijając żadnego ze znanych, a przecież tak często zaniedbywanych szczegółów tej codziennej, »domowej« higieny jamy ustnej. — Nie brak praktycznych uwag o szczoteczkach, wykałaczkach, proszkach, pastach do zębów, o płynach do antyseptyki jamy ust, ich zaletach, wadach, sposobie i czasie użycia. O pieczy jamy ust w chorobach i w innych przypadkach, o warunkach jak najdłuższego utrzymania zębów w stanie zdrowia, o wytwarzaniu odporności ich na choroby, w pierwszym zaś rzędzie na próchnienie, traktują następne rozdziały, a sprawie utrzymywania sztucznych zębów poświęcone są końcowe ustępy tej pożytecznej rozprawki. Kilkanaście rysunków ilustruje treść, z którą zapoznać się powinien każdy, dbający o całość i zdrowie swych zębów. *Dr A. B.*

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Chaput. **Tamowanie krwawienia przy operacyach bez podwiązania naczyń.** (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.* 1908. Nr 29). Przekonawszy się, że żelatyna wpływa tamująco na wszelkiego rodzaju krwotoki, autor próbował wyzyskać to jej działanie przy operacyach. Bezpośrednio przed operacyą wstrzykiwał choremu pod skórę 200,0 5% rozczynu żelatyny. W czasie operacyi każde naczynie krwawiące chwytano szczypczykami. Po kilku minutach szczypczyki można było zdjąć, a naczynie już nie krwawiło; jeżeli zaś jeszcze krwawiło, to chwytano je 2 szczypczykami (jedne od drugich w pewnej odległości); wtedy wytwarzał się bardzo mocny skrzep i można było zdjąć szczypczyki, z początku górne, następnie dolne, już bez niebezpieczeństwa krwawienia. Autor wykonał w takich warunkach 6 wielkich operacyi: 1 amputacyę, 2 resekcye i 3 wyjęcia macicy. Dodatnie strony sposobu, proponowanego przez autora, stanowią: skrócenie czasu operacyi i usunięcie szkodliwego wpływu podwiązek, jako ciała obcego. Autor mniema, że jeżeli sposób ten niezawsze może być zastosowany, to w każdym razie przy długich operacyach wprowadzenie żelatyny jest wskazane, po pierwsze jako środka odżywczego, następnie jako środka, zabezpieczającego przed następowymi krwotokami po operacyi. *Dr L. Mańkowski.*

Baetzner. **Znaczenie odczynu Wassermanna w rozpoznaniu różniczkowem kiły chirurgicznej.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 7). Odczyn W. ma także i dla chirurga wielkie znaczenie, trzeba jednak przy ocenie wyników trzymać się ściśle ogólnych, podanych co do tego odczynu zasad, by nie dojść znowu do błędnych wniosków. Odczyn jest swoisty; dodatni wynik próby dowodzi, że osobnik cierpiał lub cierpi na kiłę. Odczyn jest wyrazem zmian ogólnych i nie dostarcza rozpoznania ścisłego co do narządu, o który w danej chwili chodzi. Wynik ujemny nie wyłącza kiły. Chirurgiczna kiła przebiega czasem pod postacią, podobną do innych cierpień, dlatego też odczyn W. oddać może nieraz cenne usługi. Chodzi tu mianowicie o rozróżnienie następujących cierpień: 1) wrzód wargi, czy rak; 2) rana zakażona, czy rana niegojąca się u dotkniętego kiłą; 3) wrzody zwykłe, czy kilakowe; 4) gruczoły zmienione kiłowo, gruźliczo, czy nowotworowo; 5) kilak, czy mięsak; 6) cierpienia kości i stawów kiłowe, czy gruźlicze, gośćcowe lub wiewiórowe i t. p. Nie należy jednak zaniedbywać nigdy innych sposobów rozpoznania. *K.*

Doc. Danielsen. **Nakłucie mózgu.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 6). W chorobach mózgu często bardzo trudno jest o pewne i co do siedziby choroby dokładne rozpoznanie, dlatego też z radością powitano polecone przed 4 laty przez Neissera nakłucie mózgu w celach rozpoznawczych. Z biegiem czasu podzieliły się jednak zdania co do wartości i dopuszczalności tego sposobu badania. D. na podstawie swego doświadczenia jest tego zdania, że rozpoznawcze nakłucie mózgu wolno podjąć jedynie wtedy, gdy wszelkie inne sposoby badania nie dają dokładnych wskazówek co do natury i siedziby choroby. Przy guzach mózgu udaje się czasem przez nakłucie wydobyć cząstki nowotworu i przez to rozpoznanie upewnić, jak to się w 2 przypadkach w klinice Küttnera wydarzyło. Niekiedy nakłucie wyjaśnia istotę choroby, n. p. przy wodogłowiu wewnętrznem. Nie da się jednak zaprzeczyć, że często nakłucie nie dostarcza żadnych wyjaśnień, a nie jest ono pozbawione niebezpieczeństw. Przedewszystkiem po nakłuciu w razie zwiększonego ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego wystąpić może przetoka, która następowo łatwo uledz może zakażeniu. Przez nakłucie wywołać można także krwotok, choć D. sądzi, że obawa, jaką pod tym względem wyraża n. p. Krause, jest przesadzona. Raz przekłuł D. nawet zatokę poprzeczną, o czem przekonał się później podczas sekcyi. Krwotoku żadnego nie było, bo ciśnienie śródczaszkowe zwykle na to nie pozwala, chyba że sam guz jest złożony z naczyń. *K.*

Nahmmacher. **Leczenie zapomocą radu.** (*Tow. lek. w Dreznie* 21. XI. 1908). N. donosi o niezwykle korzystnym wyniku leczenia radem. U 46-letniej kobiety w maju 1907 rozpoznano raka kiszki stolcowej i polecono operacyę. Chora jednak na operacyę się nie zgodziła i przez pół roku leczyła się u pewnej partaczki miesieniem. Stan pogarszał się stale. W styczniu 1908 rozpoznano przebicie się nowotworu do pochwy i uznano nowotwór za nie nadający się już do operacyi. Wobec tego zwrócono się do leczenia radem. Przez 12 tygodni codzień przez 18—20 godzin naświetlano bromkiem radu (10 mg od odbytnicy i 10 mg od pochwy). W 5 tygodni po tem leczeniu powtórzono jeszcze to leczenie przez 3 tygodnie. Już po 8 tygodniach początkowego leczenia znikł guz, przerastający z kiszki do pochwy, zniknęły bole i chora stolec zaczęła oddawać zupełnie prawidłowo. Przy wyjściu z kliniki w maju, zamiast guza była w kiszce rozległa blizna; gdzieniegdzie gruczoły wielkości wiśni, na które naświetlanie zadziałało jedynie w ten sposób, że gruczoły przestały się powiększać. Obecnie stan miejscowy jest ten sam, ogólny zaś poprawił się znacznie; na wadze przybyło chorej znacznie. Wprawdzie nie można tu mówić o zupełnem wyleczeniu (ze względu na liczne przerzuty), bądź co bądź jednak lepszego wyniku nie dałaby w tych warunkach nawet doszczętna operacya. *A.*

Prof. Witzel. **O pracy ochronnej w jamie brzusznej i o czynnościowem leczeniu chorych po otwarciu brzucha.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 6). O ile dawniej obawiano się bardzo operacyi w jamie brzusznej, o tyle obecnie obawa ta zmniejsza się w miarę, jak poznajemy środki ochronne, które ustrój w jamie brzusznej posiada. Cennym środkiem ochronnym jest sieć, która reguluje krążenie krwi, zalepia powstałe lub tworzące się otwory, oddziela ogniska zapalne od reszty jamy brzusznej i t. p. Oddzielając kompresami pole operacyjne od reszty jamy brzusznej, możemy obecnie operować w jamie brzusznej pomimo zakażenia, albo też, korzystając z własności otrzewnej i jej skłonności do wytwarzania zrostów, operować dwuczasowo. Uważać należy tylko przy operacyach, by szanować żywotność otrzewnej, a więc jej nie wysuszać i nie oziębiać zbytecznie, n. p. przez niepotrzebne wydobywanie jelit na zewnątrz. Konieczne tu jest przedewszystkiem dobre rozpoznanie, a potem dobry dostęp do miejsca operowanego, a więc odpowiednie, nie za małe cięcie. Unikać też należy przy operacyach brzusznych środków przeciwgnilnych i operować delikatnie. Do oddzielenia pola operowanego od reszty jamy brzusznej używać należy potrójnej warstwy kompresów. Najgłębszy wsuwamy zupełnie do jamy brzusznej, by zapobiedz wypadaniu trzew i oddzielić resztę jamy brzusznej od miejsca operowanego. Używamy do tego albo jednego kompresu, zaopatrzonego dziurą, przez którą przeciągamy część, przeznaczoną do operacyi, lub też kilku kompresów. Na tę warstwę kładziemy drugą, t. zw. zewnętrzny kompres ochraniający, który od miejsca operowanego idzie naokoło rany, chroniąc otrzewnę ścienną i brzegi rany od wysuszenia, skaleczenia i zakażenia. W ten sposób, oddzieliwszy już zupełnie jamę brzuszną od rany, do samej operacyi przy miejscu operowanem używamy trzeciej warstwy kompresów, które zmieniamy w ciągu operacyi w miarę ich zanieczyszczenia. Po operacyi na trzewiach należy dokładnie zeszyć wszelkie szczeliny i zranienia otrzewnej przed zapuszczeniem części operowanej w głąb, jeżeli ranę mamy zaszyć na głucho. Jeżeli znów chcemy tamponować jamę brzuszną, to właśnie ze względu na właściwości otrzewnej starać się musimy, by tamponada była dokładną, t. j. wypełniała dokładnie miejsca, o które nam chodzi. Do tego używamy zwykle t. zw. worka, t. j. dużego kawałka gazy,

w który potem wkładamy pojedyncze tampony. Rany brzusznej nie można zostawiać zanadto szerokiej; wskutek tego często w szyi worka tampony zostają tak uciśnięte, że zamiast sączkować, zatykają komunikacyę. W. zapobiega temu w ten sposób, że używa kilku grubych sączków szklanych, usuwając przez to wszelkie zaleganie wydzieliny. Co do postępowania po operacyi, to istotnem nie jest pytanie, czy chorym po operacyi brzusznej wolno wcześniej wstawać, czy nie, lecz to, jak ich się pielęgnuje, bo to pielęgnowanie rozstrzyga właśnie o siłach chorego i możności wcześniejszego wstawania i połączonych z tem korzyściach. Zupełnie mylnem jest zdanie: »post operationem optimum remedium quies est«. Celem leczenia po operacyi jest przywrócenie danemu narządowi pełnej czynności, a nie zmuszanie go do sztucznego spokoju. A możność tę osiągamy przez odpowiednie przygotowanie chorych do operacyi, przez odpowiednie operowanie i odpowiednie leczenie następowe.

Wielką wagę kłaść należy na skrupulatny szew powłok brzusznych. Dawniej z chwilą ukończeuia operacyi w samej jamie brzusznej, uważał operator swe główne zadanie za skończone, a szew powłok, jako rzecz dodatkową, którą wykonuje się szablonowo, nieraz dla »wprawy« pozostawiał młodszym asystentom. Obecnie zaś na szew powłok kładziemy bardzo silny nacisk, bo od niego zależy wiele z późniejszego wyniku samej operacyi. Dawniej po operacyach w jamie brzusznej »z zasady« trzymano chorych tygodniami w łóżku, zapominając, że przez to, jakoteż przez nienaturalne odżywianie odbiera się chorym siły i naraża na różne niemiłe powikłania, n. p. ze strony przewodu pokarmowego, płuc, serca i t. p. Obecnie staramy się postępować inaczej. Zaraz po operacyi pobudzamy czynność jelit, zwłaszcza przez odpowiednie odżywianie i dostateczne dostarczanie płynów i systematyczne stosowanie ciepła, które znakomicie łagodzi także bole w ranie. Przed operacyą należy chorych ćwiczyć w głębokiem oddychaniu, co po operacyi zapobiega powikłaniom ze strony płuc i serca, zakrzepom i t. p. Korzystne są przytem drobne, a liczne dawki morfiny. Nie można jednak oczywiście szablonowo każdemu choremu »kazać« wstawać rychło po operacyi, bo wstawanie to w pierwszych dniach nie jest samo przez się celem, ale tylko dowodem, że postępowanie nasze było zupełnie dobre, skoro chory po zabiegu zachował tyle sił. Należy tu tak samo indywidualizować, jak wogóle w medycynie. *K.*

Doc. Hofbauer. **O związku spraw rozrodczych u kobiet z kamicą żółciową.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 7). Kobiety zapadają, jak wiadomo, prawie 5 razy częściej na kamicę żółciową, niż mężczyźni. Przyczyny tego szukano w sposobie ubierania się kobiet i zastoju żółci. Należy jednak uwzględnić i inne przyczyny tworzenia się złogów: zakażenie, strącanie się złogów pod wpływem toksyn, niestosunek zawiesiny substancyi kolloidalnych do soli, większą ilość białka, śluzu, nabłonków (nieżyty) i t. p. W ciąży i połogu znajdujemy i te czynniki. Badania wątroby osób zmarłych wśród i po ciąży, wykazują: naciek tłuszczowy komórek wątrobnych, zmniejszenie glikogenu, silne napełnienie przewodów żółciowych i rozszerzenie żył środkowych i naczyń włosowatych i pewien stan podrażnienia torebki Glissona i tkanki około większych przewodów żółciowych. Wątroba u ciężarnych niedomaga też poniekąd co do swych czynności: wskazuje na to urobilinurya, pokarmowy cukromocz, wydzielanie kwasu glyoksalowego i skłonność lekkich form żółtaczki do przechodzenia w złośliwe. Przyczyny tych zmian szukać należy w mechanicznem utrudnieniu odpływu żółci, wywołanem zmianą w położeniu narządów brzusznych, w przekrwieniu biernem, w zwiększonym rozpadzie ciałek czerwonych i zatruwaniu ustroju wydalinami płodu. Przekrwiona błona śluzowa rozszerzonych przewodów żółciowych wydziela więcej śluzu; wogóle zatem istnieją w ciąży mnogie przyczyny powstawania kamieni. Nadto zwraca H. uwagę, że kamica nietylko wydarza się częściej w ciąży i połogu, ale też w czasie tym częściej objawia się napadami, gdy podług Kehra zaledwie 5% kamieni wywołuje u innych osób objawy. Przyczyny częstszego powstawania napadów w ciąży szukać znów należy w zastoju żółci i zakażeniu przejściowem dróg żółciowych, powstającem przez przedostawanie się drobnoustrojów z części rodnych do żółci, co w połogu bardzo często się dzieje. Podobnie i podczas regularności, choć w mniejszym stopniu, istnieje większe usposobienie do napadów kamicy. *K.*

Doc. Asch. **Schorzenia mięśni pęcherza moczowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 7). Bardzo często spotykamy przypadki cierpień pęcherza, cechujące się parciem na mocz, niedomykalnością pęcherza i t. p., gdzie przy badaniu wyłączyć możemy wszelkie znane przyczyny, jak zapalenie pęcherza, przerost sterczu, kamienie, nowotwory, zwężenia cewki, gruźlicę i t. p., a pęcherz przedstawia przy cystoskopii typowy obraz »pęcherza beleczkowatego«. Czasem obraz ten poprzedza inne kliniczne objawy wiądu rdzenia; nierzadko jednak nie możemy znaleść żadnej przyczyny, któraby tłómaczyła to schorzenie, tak że powstaje tylko przypuszczenie, iż chodzi tu o czysto miejscowe cierpienie samych włókien mięsnych. W przypadkach takich leczniczo działa najlepiej miesienie w postaci napełniania pęcherza pod silnem ciśnieniem gorącym rozczynem kwasu borowego, wykonywane systematycznie. *K.*

Carrel. **Obustronne wycięcie nerek i wszczepienie z powrotem jednej.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 88., Z. II.). C. wycinał 6 psom obie nerki, a następnie wszczepiał z powrotem jedną, zeszywając swoim sposobem naczynia krwionośne i moczowód. Jeden pies padł wskutek samego zabiegu w 3 dni po operacyi na zapalenie płuc, 5 pozostałych przyszło do siebie. Jeden w 3 tygodnie z powodu rozległej gruźlicy płuc został zabity; u 2 psów powstało zwężenie miejsca połączenia moczowodu i te psy padły w 17—31 dni po operacyi, a jeden padł w 2 miesiące i 6 dni od operacyi z powodu wstępującego zapalenia miedniczek. Szósty pies jest zupełnie zdrów (8 miesięcy od operacyi). U psów padłych i zabitych nie było można już znaleść przy sekcyi miejsca zeszycia naczyń. Doświadczenia te dowodzą, do jakiego stopnia tkanki, a nawet całe narządy są żywotne i wskazują, że narządy przeszczepiać można, bo wynik zależy głównie od dobrej techniki łączenia naczyń. Nawet przecięcie wszystkich nerwów i przerwanie krążenia krwi, trwające nieraz do 50 minut, nie zniszczyło żywotności nerki. *K.*

Allemann **Wyniki doświadczalnych przeszczepiań, dokonanych przez Carrela.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 7). Francuz Carrel zajmował się w Lyonie przeszczepianiem narządów, nie znalazł tu jednak, jak zwykle w ojczyźnie, uznania, przeniósł się więc do Ameryki, gdzie działalność jego oceniono należycie i obecnie pracuje w Nowym Jorku. Znakomite wyniki swych doświadczeń zawdzięcza C. swej wybornej technice szycia naczyń krwionośnych. Dla zapobieżenia tworzeniu się skrzepów, szyje C. osobno błonę wewnętrzną cienką igiełką jedwabiem wysmarowanym waseliną, a potem razem resztę ściany naczynia. Naczynia krwionośne mają wielką żywotność; wycięte i zachowane w zimnem miejscu, nawet po kilku dniach dają się jeszcze wszczepiać na nowo. C. usunął u psa nawet część aorty i wszczepił kawałek z drugiego psa; nastąpiło zupełne wygojenie. Przeszczepiał także żyły w miejsce tętnic i odwrotnie, i przekonał się, że z czasem występowały w przeszczepionych kawałkach zmiany, odpowiadające nowym warunkom; ściany tętnic cieńczały, a ściany żył grubiały. Również niebywałe wyniki miał otrzymać C. przy przeszczepianiu narządów. Tak np. podaje, że przeszczepił serce jednego psa drugiemu, przyszywając aortę do tętnicy szyjnej, a żyłę główną do żyły szyjnej, przez co pies ten miał dwa serca tętniące; jedno uderzało 88, a drugie 100 razy. C. podaje też, że odcinał psu kończynę i w miejsce jej przyszywał inną z drugiego. Przeszczepiał nawet połowę zewnętrznych warstw głowy z uchem (zaopatrywaną przez tętnicę szyjną zewnętrzną). Przeszczepiać można tkanki różnych zwierząt, a doświadczenie pokaże, czy da się to wykonać i u człowieka. Dotąd udało się przeszczepienie tętnicy człowieka na psa. Sposób swój poleca Carrel także do wykonywania przetaczania krwi, a to zapomocą zeszycia tętnicy osobnika, dostarczającego krwi, z tętnicą otrzymującego. *K.*

Laryngologia i otyatrya.

Semon, Ruprecht, Sack. **W sprawie zakażenia gardła dwoinkami zapalenia płuc.** (*Monatschr. f. Ohrenh.* 1907, str. 303, 635 i 1908, str. 323, 556 i 558). Na temat powyższy, wywołany rozprawką Semona, który w dwoinkach zapalenia płuc upatruje przyczyny owrzodzeń na błonie śluzowej gardła, mogących utworzyć jakby nową postać chorobową, podają Ruprecht i Sack kilka trafnych uwag, przypuszczając możliwość zakażenia mieszanego. Mieszane takie zakażenie może powstać między dwiema ostremi chorobami, albo pomiędzy jednem zakażeniem ostrem a drugiem przewlekłem, i w ten sposób zacierać obraz, charakterystyczny dla każdej z tych chorób z osobna. Dopatrując się zazwyczaj w cierpieniu gardła tylko jednej sprawy chorobowej, nie powinniśmy jednak zapominać o możliwości różnych zakażeń, choć znowu jedno z nich może opanowywać drugie. Aby rozstrzygnąć, czy specyalnie dwoinki zapalenia płuc mogą zacierać obraz chorobowy, albo nawet stwarzać nową postać chorobową, trzebaby w danym przypadku

przez szczepienie dowieść ich jadowitości, wiedząc o tem, iż dwoinki te są stałymi, zresztą obojętnymi mieszkańcami błony śluzowej gardła. Na owrzodzeniu n. p. kiłowem możemy spotkać dwoinki niejako w symbiozie, nie mogąc jednak tych dwoinek uważać za przyczyny owrzodzenia, choć symbioza może tu utrudniać wpływ leczenia. *A. B.*

H. Frey. **Badania narządów słuchowych płodów bezmózgich.** (*Passow's Beiträge* tom 2, str. 32). Autor podaje wyniki badań dwóch nowych przypadków, potwierdzających wyniki poprzednich czterech przypadków Habermanna i jego własnych. Zmiany znalezione dadzą się podzielić na zmiany w części kostnej błędnika i zmiany w uchu środkowem. Zmiany te mogą powstać w różnym czasie rozwoju błędnika i dlatego raz mogą być nieznaczne, kiedyindziej z błędnika są ledwo ślady. Nabłonki zmysłowe, włókna nerwowe i ośrodki znaleziono bez większych zmian, lubo i tu spotykano pewne zaburzenia w rozwoju. W uchu środkowem znajduje się szczególnie zniekształcenie strzemiączka. W przewodzie usznym, ślimaku i błonie śluzowej ucha środkowego znajdowano atypowy przerost naczyń co do ilości i wielkości. Wyniki badań Freya popierają zapatrywanie, że niedokształcenie mózgu powstaje przez śródmaciczne zapalenie opon mózgowych. *A. B.*

Emil Mayer. **Twardziel w północnej Ameryce.** (*Zeitschrift f. Lar. u. Rhin.* Tom 1, str. 415). Dotychczas nie stwierdzono ani jednego przypadku twardzieli, którybyy wziął początek w Stanach Zjednoczonych. Wszystkie znane przypadki, a jest ich 16, 13 u kobiet, 3 u mężczyzn, zostały zawleczone z Galicyi. W 4 przypadkach zajęty był tylko nos, w 2 nos, gardło i krtań, w 4 nos i krtań, a wreszcie w 6 przypadkach nos i gardło. *A. B.*

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Zander. **Krwotok płucny, a uraz.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 7). 21-letni robotnik został 30. VIII. 1906 uderzony przy robocie w lewą połowę klatki piersiowej. Pracował jednak dalej i dopiero po 3 godzinach wystąpił krwotok płucny (szklanka krwi), który pojawił się i następnego dnia. Przez 2 tygodnie odpluwał jeszcze chory od czasu do czasu krew. Z. badał chorego z polecenia Towarzystwa ubezpieczeń w $^1/_2$ roku potem, i znalazł tylko nieżyt w szczycie lewym. Związek krwotoku z urazem wyłączył. Natomiast lekarz, który leczył stale chorego, twierdził, że wprawdzie jest możebnem, iż chory cierpiał przedtem na gruźlicę płuca, że jednak nie da się zaprzeczyć, iż krwotok wywołany został właśnie przez uraz chorego płuca, ktore skłonniejsze jest do krwotoku, niż płuco zdrowe. Rozstrzygające orzeczenie wydał w końcu Prof. R., który przychylił się do zdania lekarza ordynującego, znalazł przy badaniu wcale pomyślny stan szczytu lewego, a nowe zmiany w szczycie prawym. Bezpośrednie wystąpienie krwotoku odnosi Prof. R. do zadziałania urazu na płuco i sądzi, że przez to stan chorego mógł się nawet pogorszyć (zajęcie szczytu drugiego). Sąd uznał związek urazu z krwotokiem, przyjmując, że wystąpienie krwotoku dopiero w 3 godziny po urazie związku nie wyłącza, albowiem już w dawniejszych orzeczeniach spotyka się wzmianki, że krwotok wystąpić może i w kilka godzin, (n. p. w orzeczeniu Prof. Fürbringera w 17 godzin po wypadku). *A.*

Wedel. **Urazy elektryczne.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 5). Urazy elektryczne wobec coraz to większego rozpowszechniania się elektryczności w przemyśle, stają się coraz częstsze; i tak np. w Szwajcaryi w r. 1906 uległo im 34 osób, z czego 19 zmarło. Śmierć nastąpić może przy prądzie stałym, przy stosunkowo niewielkiej liczbie wolt (znane są przypadki śmierci przy 220 woltach); niektóre tramwaje elektryczne rozporządzają 500 i więcej woltami. Odporność na prąd elektryczny jest u ludzi bardzo rozmaita, i inna, niż u zwierząt. Konie, woły giną już przy prądach, dla ludzi zupełnie nie niebezpiecznych, i z tego też powodu doświadczenia na zwierzętach nie wiodą do celu; ludzie znoszą czasem tak silne prądy, że przyjąć chyba należy, iż ustrój ludzki ma pewne szczególne środki obronne przeciw prądowi. Uszkodzenia elektryczne występują głównie w dwojakiej postaci. 1) urazy mechaniczne, 2) wstrząśnienia nerwowe, pociągające za sobą objawy schorzenia rdzenia, stwardnienia rozsianego, porażenia postępującego, nerwic urazowych i t. p. Nie obojętny dla zdrowia jest też silny przestrach przy rażeniu prądem. Przyzwyczajenie do prądu istnieje, czego dowodzą robotnicy, pracujący przy kablach elektrycznych. Tramwaje powinny mieć wszelkie baryery izolowane (przez pokrycie skórą), zwłaszcza te, za które się chwyta przy wsiadaniu. *A.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Przy zatruciu wewnętrznem chloroformem poleca Wirth prócz płukań żołądka wodą i mlekiem, wlewań soli kuchennej i puszczanią krwi, płukania żołądka ciepłą oliwą, która rozpuszcza chloroform, sama bardzo wolno ulega wessaniu i działa miejscowo łagodząco na oparzenia, wywołane chloroformem. (*Wiener klin. Wochs.* Nr 2). *A.*

Zatrucie siarkanem miedzi cechują podług Pollaka: wymioty, żółtaczka, śpiączka, bolesność okolicy żołądka i wątroby, bladość błon śluzowych, białkomocz i krwiomocz, zwiększenie liczby białych ciałek krwi, a zmniejszenie czerwonych i ilości hemoglobiny i podniesienie się ciepłoty. (*Tow. med. wewn.* Wiedeń, 14. II. *A.*

W krztuścu poleca Senftleben lewatywy z antypiryny. (*Deutsche med. Wochs.* Nr 2). *A.*

Przy nadkwaśności soku żołądkowego i sokotoku poleca Massini eumidrynę w dawce 0·001—0·0025 (3 razy dnia) na pół godziny przed jedzeniem. (*Gaz. d. osp.* Nr 113—1908). *A.*

Nowe wskazanie dla wody utlenionej. Roczyn $^1/_2$% wody utlenionej wstrzymuje według Petriego wybitnie wydzielanie kwasów w żołądku i dlatego poleca P. przy nadmiernej kwaśności, wrzodzie żołądka i t. p. wodę utlenioną, ew. perhydrolmagnezyę (3 razy dnia po 1,6). (*Arch. f. Verdauungskr.* T. XII., Z. 5). *A.*

Po połączeniu żołądka z jelitem kwaśność soku żołądkowego obniża się znacznie, zwłaszcza przy wracaniu do żołądka żółci i soku trzustkowego. Tłuszcze, częste jedzenie i obfite podawanie wody, mogą z tego powodu zupełnie kwas solny wyeliminować, co może być ważne przy leczeniu wrzodu żołądka. (*Arch. f. Verdauungskr.* T. XIV,, Z. 5). *A.*

Środki przeczyszczające zawdzięczają według Urya swe działanie prócz wzmożenia ruchu robaczkowego także pobudzeniu kiszek do zwiększonego wydzielania. (*Arch. f. Verdauungskr.* T. XIV., Z. V.). *A.*

Leczenie zapalenia nerek podskórnemi wstrzykiwaniami surowicy, otrzymanej z krwi żylnej nerek kozy, przeprowadził w 7 przypadkach Teissier z Lyonu, a stwierdziwszy niejakie dodatnie wyniki tak w postaciach ostrych, jak i przewlekłych, zachęca do dalszych prób. (*Wiener klin. ther. Wochs.* Nr 44, 1908). *A.*

Zielone zabarwienie moczu spostrzegał Schick u dziecka po spożyciu orzechów w czekoladzie. Szczegółowe badanie stwierdziło, że zabarwienie to wywołał zawarty w czekoladzie barwik smołowy. Podobnie Leiner spostrzegał czerwone zabarwienie moczu po spożyciu pierników, pokrytych lakiem czerwonym, zabarwionym eozyną. *A.*

Czy kollargol wpływa szkodliwie na nerki? Dr Cloin z Reichenbergu w Czechach umieszcza pod tym tytułem w Nrze 7 »Münch. med. Wochs.« zapytanie do wszystkich kolegów z prośbą o wiadomości, a to z tego powodu, że rodzina pewnej chorej (na zakażenie połogowe) obwinia go, że wywołał u tej chorej ciężkie powikłanie nerkowe przez podawanie kollargolu (3: 100 w lewatywie, 1: 200 wewnętrzne i wcieranie maści Credego). Ogólnie podano 15,0 grm kollargolu. Dr Cloin uprasza o wiadomość, jeżeli który z kolegów ma pod tym względem jakie doświadczenie. *K.*

Przy padaczce spostrzegał Perugia zmniejszoną krzepliwość krwi, co po podaniu soli wapniowych znikało. Próbowano to wyzyskiwać w celach leczniczych, ale bez wyniku, albowiem zmianę tę uważać należy za skutek, a nie za przyczynę cierpienia. (*Il Morg.* 1908, X.). *A.*

Przy uporczywym ostrym gośccu stawowym, gdy salicyl zawodzi, poleca Ortalli śródżylne wstrzykiwania sublimatu (0·005—0·01). Zwykle 3—4 wstrzyknięć wystarcza. Sposób ten podał Baccelli. Prócz gośćca i kiły nadaje się ten sposób do leczenia spraw septycznych i wąglika. (*Gaz. d. osp.* Nr 98, 1908). *A.*

Maska Kuhna, prócz gruźlicy płuc, działa korzystnie także w błednicy i niedokrwistości, wywołując zwiększenie się ilości hemoglobiny, poprawę podmiotową i usuwając bezsenność. (*Berl. klin. Wochs.* Nr 5). *A.*

Słuchawkę z zakończeniami z elastycznej gumy podał Dr Freudenthal z Peine. Słuchawka ma tę zaletę, że przylega dokładnie do ucha i do ciała badanego (n. p. na że-

brach), nie ugniata, nie ziębi, a przez dokładne przyleganie usuwa szmery uboczne. (*Münch. med. Wochs.* Nr 7). *A.*

Z nowszych środków odkażających grupy formaldehydowej poleca Schneider z Hamburga szczególnie: *morbicid.* (*Deutsche med. Wochs.* Nr 4). *A.*

W miejsce palców gumowych, bądź co bądź drogich, poleca Kuntzen błonkę, wyrabianą z żołądka wołu (Goldschlägerhäutchen). Błonka ta, zmoczona, przylega dokładnie do palca, jest bardzo tania i da się przechowywać w rozczynie sublimatu. (Do celów lekarskich dostarcza błonki firma »Flora« Monachium, plac Maryi). *A.*

Przy krwotokach pooperacyjnych przed miejscowem zatamowaniem krwotoku poleca gorąco Chaput wstrzyknięcie żelatyny (1%, rozczyn zwykle 5,0 grm) podskórnie. C. miał przy tem spostrzegać znakomite wyniki. (*Soc. méd. d. hôp.* 20. XI., 1908). *A.*

Przy leczeniu promieniami Röntgena zaleca Blum zupełnie słusznie, by lekarze nigdy nie zapominali zapytać się chorych, czy przypadkiem równocześnie nie leczą się rentgenizacyą u drugiego lekarza, gdyż wydarzało się to już nieraz, zwłaszcza u kobiet histerycznych. W takim przypadku lekarz narażony być może na niespodziankę, której z pewnością wytłómaczyćby sobie nie mógł. (*Fort. auf d. Geb. d. Rönt.* Tom 12, Nr 3). *A,*

Przy tężcu poleca Pancrazio stosować surowicę swoistą w dawkach 20—40 cm³, wyłącznie drogą kanału rdzeniowego, i to dość często. (*Gaz. d. osp.* Nr 116, 1908). *A.*

Ciekawy przypadek tak zwanej ziarnistości otrzewnej wskutek ciała obcego (»Fremdkörpergranulose«) opisał Brandes. U 43-letniego mężczyzny po spożyciu zupy grochowej nastąpiło przedziurawienie wrzodu żołądka wkrótce po jedzeniu. W kilka godzin laparotomia, obszycie otworu, połączenie żołądka z jelitem i wypłukanie jamy brzusznej. Zdrowie z początku prawidłowe; po kilku tygodniach powikłanie zgorzelą płuc i śmierć. Sekcya wykazała rozległe zapalenie otrzewnej, sprawiając zupełnie wrażenie rozsianej gruźlicy otrzewnej. (*Mit. a. d. Gr.* T. 19., Z. IV.). *K.*

Dla sprawdzenia tożsamości w celach sądowo-lekarskich zaleca Tamasia pilne zwracanie uwagi na rysunek sieci żylnej grzbietu rąk. Rysunek ten jest bardzo indywidualny i różni się nawet na obu rękach. T. rozróżnia 6 typów głównych, lecz niemniej zmiany indywidualne są bardzo charakterystyczne. Rysunek ten oddaje znakomicie fotografia. (*Gaz. d. osp.* Nr 92, 1908). *A.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d 24. lutego 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 34.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Prof. Rosner przedstawia *a*) **pępowinę** 123 cm długą **z prawdziwym węzłem podwójnym;** *b*) osobę **operowaną** z powodu **raka szyi macicy sposobem Wertheima;** *c*) macicę świeżo tą samą metodą wyjętą, przyczem zwraca uwagę na świeżość sprawy rakowej; następnie podaje statystykę dotyczącą »operabilitas« raków macicy.

2) Prof. Bochenek wygłosił odczyt: **O gruczołach przytarczycznych.** (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusya. Prof. Browicz zastrzega sobie w tej sprawie głos na przyszłem posiedzeniu, gdyż z braku czasu dziś mówić nie może. W krótkości uzasadnia polską nazwę »gruczoły przytarczyczne«.

Kol. Rydel, nawiązując do wykładu, wspomina o kilku przypadkach tężyczki i omawia kliniczną stronę tej sprawy.

Prof. Rosner zapytuje prelegenta o stosunek gruczołów przytarczycznych do układu krwionośnego.

Prof. Ciechanowski zapytuje o stosunek wymienionych gruczołów do przemiany wapna w ustroju, ze względu na spostrzeżenia Bielschowskyego.

Prof. Lewkowicz zwraca uwagę na zachowanie się gruczołów przytarczycznych przy t. zw. spazmofilii. Badania Eschericha wykazywały w tych przypadkach krwotoki w gruczołach przytarczycznych. Co do wydzielania wapna, to Sperling tłómaczył tężyczkę nadmiernem jego wydzielaniem.

Kol. Bochenek odpowiada kol. Rydlowi, że nie zajmował się piśmiennictwem, tyczącem się klinicznych badań; Prof. Rosnerowi, że naczynia żylne są w gruczole tym rozszerzone bardzo znacznie; Prof. Ciechanowskiemu, że jest jeszcze sprawą sporną, czy zachodzi jaki związek między przemianą wapna w ustroju, a czynnością gruczołów przytarczycznych.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

VI. Posiedzenie naukowe z d. 26. lutego 1909.

I. Kol. Rydygier (jun.) przedstawia przypadki **twardzieli krtani leczone promieniami Röntgena.** U chorych przedstawionych już po kilkunastu naświetlaniach wystąpiło znaczne polepszenie tak, że u niektórych można było wyjąć rurkę tracheotomijną. U jednej chorej dopiero po pięciu latach wystąpiło znowu pogorszenie, obecnie jednak po ponownem leczeniu nastąpiło znowu polepszenie. Prelegent omawia następnie technikę postępowania, zaznaczając, że używał rur twardych, a celem zabezpieczenia skóry blaszki staniolu.

Dyskusya. Kol. Prof. Rydygier wyraża zdziwienie, że tak mało środek ten stosowano, wobec niewątpliwego jego działania dodatniego. Kol. Prof. Jurasz stwierdza również na podstawie w tutejszej klinice spostrzeganych przypadków dodatnie wyniki w leczeniu twardzieli promieniami Röntgena, wspomina o dobrych wynikach tego leczenia przy nowotworach krtani. Co do częstości występowania twardzieli w Niemczech, to choroba, przedtem nieznana, dziś pojawia się coraz częściej, niewątpliwie ze wschodu przenoszona. Kol. Prof. Barącz spostrzegał nawroty po wyjęciu miejsc zmienionych. Kol. Zabłocki stosował w kilku przypadkach drewniane tubusy Schröttera z czasowym dobrym wynikiem. Kol. Fels, odnośnie do uwagi Prof. Rydygiera, że twardziel spotykał tylko w ubogich warstwach, sądzi, że podobnie, jak w jaglicy, tak i tu stan odporności, zależny od odżywiania, ma pewne znaczenie.

II. Kol. Bocheński przedstawia **dwa płody z dwiema głowami** (*dicephalus dibrachius bipus*) oraz rentgenogramy z nich zdjęte. Jeden z przedstawionych płodów urodził się przy pomocy ręcznej w klinice. Drugi płód (dar kol. Szajnowskiego), płci żeńskiej, urodził się siłami matki, a po urodzeniu żył 10 minut. Prelegent omawia przebieg porodu i sposoby rozwiązania w przypadkach tego rodzaju potworów.

III. Kol. Ostrowski przedstawia przypadek **samorodnej zgorzeli goleni i stopy** u 23-letniej kobiety. Wśród zupełnego zdrowia chora uczuła nagle ostry ból w goleni, wkrótce potem (w ciągu 3 dni) noga zczerniała, a na granicy zabarwienia czarnego zjawiło się owrzodzenie, które aż do kości oddzieliło część chorą. Dokładne badanie całego ustroju chorej nie daje wskazówek co do pochodzenia owej martwicy. Leczenie: odjęcie goleni.

Dyskusya. Kol. Feuerstein L. radzi wykonać próbę Wassermanna dla przekonania się, czy nie ma tu tła kiłowego. Kol. Pisek, nie przypuszczając tutaj tła kiłowego, podnosi podobieństwo tej sprawy do podobnych przypadków na tle durowem. Kol. Ostrowski również ze względu na szybkość sprawy nie przypuszcza tu tła kiłowego.

IV. Kol. Prof. Barącz przedstawia chorą z olbrzymim **naciekiem promieniczym policzka lewego — wyleczonym wstrzykiwaniami siarkanu miedzi.**

V. Kol. Wallach przedstawia: *a*) guz wielkości cytryny, **mięsak jądra,** z dziecka 6-miesięcznego; guz, otoczony krwiakiem, powstałym prawdopodobnie po nakłuciu próbnem przez lekarza; *b*) **kamień pęcherzowy,** wydobyty przez cięcie nadłonowe u chłopca 5-letniego z naciekiem moczowym, powstałym, zdaje się, wskutek »fausse route«. Na stałe założony cewnik przebił cewkę moczową i sterczał nad spojeniem łonowem.

Dyskusya. Kol. Prof. Schramm przypuszcza, że naciek moczowy powstał jako następstwo samoistnego przedziurawienia cewki przez kamień, jak to już raz spostrzegał. Kol. Wallach w odpowiedzi podnosi obecność kamienia w pęcherzu, który był nieuszkodzony. *Nowicki.*

Sekcya stryjska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie z dnia 17. lutego 1909

(w szpitalu powszechnym w Stryju).

Obecnych członków i gości lekarzy 32.

1) Prof. Dr Kucera ze Lwowa wygłosił wykład: **O etyologii, rozpoznawaniu i zapobieganiu duru brzusznego i paratyfusu** (z demonstracyami).

2) Dr Wątorek przedstawił korzyści przystąpienia do Towarzystwa wzajemnej pomocy lekarzy.

3) Dr Sołtysik, zdając sprawę z podróży naukowej do Niemiec (Hamburga, Kolonii, Bonn i t. d.), opisał na wstępie urządzenia higieniczne w Hamburgu, a to: zaopatrywanie mieszkańców w wodę filtrowaną z Elby, bezpłatne odkażanie mieszkań po chorobach zakaźnych, odkażanie okrętów, zabijanie szczurów okrętowych bezwodnikiem węglowym i następowe badanie bakteryologiczne każdego szczura co do zarazków dżumy przez zakład higieniczny (pod kierownictwem Prof. Dra Dunbara), palenie śmieci, łaźnię ludową (nauka pływania jest obowiązkowa dla uczniów II. klasy szkół ludowych), krematoryum i cmentarz w Ohlsdorf.

Następnie pokrótce opisał szpital »Eppendorf« w Hamburgu (kierowany przez Prof. Dra Lenhartza), przedstawił typy normalnych pawilonów i pawilonów zakaźnych, w liczbie 16 (każdy pawilon przeznaczony dla innej choroby zakaźnej), omówił stosunki służbowe w szpitalu.

Przechodząc do spostrzeżeń leczniczych, przedstawił mowca ważność zdjęć rentgenowskich w rozpoznawaniu siedziby ognisk zgorzelinowych w płucach, sposób leczenia zgorzeli płuc drogą operacyjną według Prof. Dra Lenhartza. Mówił o operacyach dokonywanych w tamtejszym szpitalu: podwiązywania żył nasiennych przy gorączce połogowej, o dyecie Prof. Lenhartza po krwotokach z wrzodu żołądka i o znakomitych skutkach dyety Karella przy ogólnych obrzękach i miażdżycy tętnic, o upustach płynu mózgowo-rdzeniowego (przy zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych), stosowanych na oddziale chorób wewnętrznych, którym kieruje dyrektor szpitala Prof. Dr Lenhartz.

Na oddziale chirurgicznym, pozostającym pod kierownictwem Prof. Dra Kümmla i Dra Sicka, uderza wzorowy porządek czynności i podział pracy, dzięki czemu oddział, liczący przeszło 600 łóżek, jest prowadzony wzorowo pod względem klinicznym i naukowym. Wśród olbrzymiego materyału wyróżniają się tu liczne operacye z zakresu chorób dróg moczowych i żółciowych. Wczesne wstawanie po operacyach jest tu szeroko praktykowane i tak. jeden z kolegów operowany »à froid«, przez Prof. Kümmla z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, w piątym dniu po operacyi siedział wśród audytoryum podczas dokonywanych operacyi, a chorzy po prostatektomii sposobem Freyera już w dwie doby po operacyi wstają. Zaznaczyć należy dobre wyniki na oddziale chirurgicznym po szerokich laparotomiach z powodu ropnego zapalenia otrzewnej; po obfitych przepłukiwaniach jamy brzusznej rozczynem soli zakładają specyalne grube szklane dreny, do których wpychają gazę, co ułatwia nadzwyczajnie sposób opatrywania, gdyż gaza z wnętrza drenu daje się łatwo wyjmować i nie przylepia się do pętli jelitowych.

W Kolonii w szpitalu miejskim kieruje oddziałem chirurgicznym Prof. Dr Bardenheuer. Fabryczna okolica dostarcza temu szpitalowi mnogą liczbę rozmaitych złamań; słynny sposób leczenia złamań metodą Bardenheuera polega na zakładaniu opatrunków wyciągowych. Wyciąg, mający za zadanie znieść działanie mięśni, które głównie powodują przemieszczenie odłamków, zakłada się nie poniżej złamania, owszem nawet powyżej miejsca złamania, gdzie można. Wyciągi te działają w rozmaitych kierunkach, zależnie od obrazu, jaki rentgenogram wskazuje; rentgenografia jest w tych przypadkach nieoceniona i konieczna. Wielkie ciężary wyciągowe, dawniej stosowane, zredukował obecnie Prof. Bardenheuer znacznie.

4) Nakoniec przystąpiono do wyboru Wydziału na r. 1909. Prezesem wybrano Dra Wursta z Kałusza, zastępcą prezesa Dra Michalskiego ze Skolego, delegatem do Tow. lek. gal. Dra Wursta, sekretarzami: Dra Sołtysika i Dra Chalbazanyego ze Stryja.

5) Do Towarzystwa zapisali się jako nowi członkowie: Dr Mironowicz i Dr Eichel ze Skolego, Dr Loew, Dr Chuderski, Dr Lippel, Dr Kiczałes, Dr Seczenik ze Stryja.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie d. 20 stycznia 1909 r.

Przewodniczący: kol. K. Jasiński. Sekretarz: E. Sonnenberg.

1) Kol. Trenkner przedstawił 6-letnią dziewczynkę z następującymi wywiadami: Przed 4—5 tygodniami miała w ciągu 1 dnia gorączkę i gruczoły na szyi były podobno obrzękłe. Od 3 tygodni rodzice zauważyli, że dziecko mówi przez nos, straciło siłę w rękach, uskarża się na bole w nogach przy chodzeniu. Od tygodnia dziecko nie chodzi o własnych siłach, nie może stać, podtrzymywane — ledwie powłóczy nogami. Badanie wykazuje: powłoki blade, twarz lekko obrzękła, wargi siniczo zabarwione; rozległy nieżyt oskrzeli, tętno szybkie, niezbyt pełne. Prawa granica serca na palec przekracza prawą linię przymostkową. Białkomocz. Całkowite porażenie języczka. Brak odruchów gardłowych. Mowa wybitnie »nosowa«. Odruchy kolanowe zniesione zupełnie. Niezborność ruchów nieznaczna w kończynach górnych, wybitna w kończynach dolnych, zwłaszcza przy próbach chodzenia. Nieznaczne ruchy pląsawicze w zakresie mięśni twarzy. Czucie prawidłowe. Na podstawie tych danych, przebiegu i wywiadów, kol. Trenkner rozpoznaje **popłonicze porażenie mięśni języczka i kończyn, oraz zwyrodnienie mięśnia sercowego.** (Streszczenie własne).

2) Kol. Przedborski wygłosił odczyt: **O rozszerzeniach i uchyłkach przełyku.** Prelegent omówił przyczyny rozszerzenia przełyku i tworzenia się uchyłków, wspomniał o dwóch teoryach, usiłujących wyjaśnić powstawanie uchyłków, przyczem nieco dłużej się zatrzymał nad teoryą Zenkera-Ziemssena, przypisującą tu główną rolę urazowi. Następnie przeszedł do opisu przebiegu cierpienia, wymienił towarzyszące zwykle temu cierpieniu objawy podmiotowe: bole promieniujące, trudność łykania, brak nieraz tchu od ucisku na tchawicę i n. zwrotny i t. d.; mówił o objawach przedmiotowych: o ograniczonym obrzęku na szyi w okolicy przełyku, znikającym, gdy wywieramy nań ucisk, o zwracaniu pokarmów i t. d. Wymienił dalej sposoby rozpoznawania uchyłków zapomocą zgłębników prostych i zakrzywionych; jeżeli uchyłek jest wypełniony treścią pokarmową, zgłębnik się zatrzymuje, jeżeli uchyłek nie jest wypełniony, zgłębnik może przejść do żołądka. To przechodzenie i naprzemian zatrzymywanie się zgłębnika jest bardzo ważną cechą w rozpoznawaniu uchyłka. Prelegent przedstawił kolekcyę zgłębników, używanych w tym celu, mówił o badaniu zwracanego i prawie nie zmienionego pokarmu, o braku pepsyny i kwasu solnego, o znacznej ilości grzybków drożdżowych i nabłonka w zwracanym pokarmie, wspomniał o stłumieniu odgłosu w blizkości kręgosłupa na wysokości miejsc rozszerzonych, występującem wyraźnie, gdy uchyłek jest napełniony treścią pokarmową i zakończył odczyt opisem zabiegów, stosowanych przy uchyłkach przełyku.

3) Kol. Trenkner przedstawił **preparat wyrostka robaczkowego**, usuniętego doszczętnie przez kol. Wattena w przypadku ostrego nieżytowego zapalenia wyrostka, spostrzeganym wspólnie u 12-letniego chłopca. Zabieg wykonano w 19 godzin po wystąpieniu pierwszych objawów zapalenia wyrostka. Przebieg był bardzo łagodny. Ciepłota w ciągu pierwszych 10 godzin 38°—37,6°. Raz jeden wymioty. Bole niewielkie. Stan ogólny dobry. Po 10 godzinach ciepłota prawidłowa. Podczas operacyi znaleziono: Wyrostek robaczkowy załamany w $^{2}/_{3}$. Błony surowicze przekrwione. Nieznaczne zrosty. Śluzówka w części bliższej kątnicy rozpulchniona. Przebieg pooperacyjny tylko przez pierwsze 2 dni okazywał lekkie podniesienie ciepłoty (37,2—37,4). 10 dnia po zabiegu chory wstał z łóżka. (Streszczenie własne).

W dyskusyi nad demonstrowanym przez kol. T. preparatem wzięli udział koledzy Goldman i Tomaszewski.

4) Kol. Goldman pokazał zdjęcie **rentgenograficzne kostniako-chrząstniaka**, wykonane przez kol. Judta z Warszawy.

5) Balotowanie kolegów: Ginsburga, Klaczkina, Władysława Michalskiego i koleżanki Rozenblatówne j. Wynik balotowania: kol. Ginsburga przyjęto w poczet członków 13 głosami przeciwko 2 głosom, 4 członków powstrzymało się od głosowania, kol. Klaczkina 9 głosami, 10 członków powstrzymało się od głosowania, kol. Rozenblatównę 16 głosami, 3 członków powstrzymało się od głosowania, kol. Michalskiego 16 głosami przeciwko 1 głosowi, 2 członków powstrzymało się od głosowania. Sekretarz: *E. Sonnenberg.*

Posiedzenie d. 3 lutego 1909.

Przewodniczący: kol. K. Jasiński. Sekretarz: kol. Sonnenberg.

1) Kol. Saks przedstawia kobietę, u której przed trzema tygodniami dokonał **cięcia cesarskiego** zachowawczego; jest to jedenasty kolejny przypadek kol. Saksa pomyślnego zejścia tej operacyi dla matki i dziecka, potwierdzający uprzednio wypowiadany przez kol. S. pogląd, że cięcie cesarskie, w pomyśl-

nych warunkach dokonywane, jest operacyą względnie bezpieczną. Kol. S. nawołuje przeto ponownie kolegów o skierowywanie ciężarnych z wybitnem zwężeniem miednicy do szpitala.

Tauba Estera H., 35 lat licząca, poprzednio odbyła 6 porodów; pierwsze dwa porody, acz ciężkie, zakończyły się siłami natury, dzieci przyszły na świat żywe; przy trzecim porodzie konieczne były kleszcze, otrzymano również dziecko żywe; przy ostatnich trzech porodach konieczne były wymóżdżenia; przy ostatnim porodzie uprzedził kol. S. chorą, że na wypadek ponownego porodu konieczne jest cięcie cesarskie lub hebosteotomia, jeżeli pacyentka pragnie mieć dziecko żywe. Kobieta ta podczas siódmej ciąży do kol. S. się nie zgłosiła, dopiero u kresu ciąży, gdy już nawet lekkie bóle porodowe miała, przedstawiła się kol. S. w mieszkaniu innej chorej, do której kol. S. był wezwany, wyrażając życzenie poddania się operacyi cięcia cesarskiego. Wobec wyraźnych bolów porodowych skierował kol. S. rodzącą natychmiast do szpitala, gdzie wystąpiły bole silniejsze; kol. S. zdecydował się na dokonanie cięcia cesarskiego wobec wyrażonego przez pacyentkę, w danym przypadku uzasadnionego, życzenia, by uczynić ją bezpłodną. Operacyi dokonał kol. S. w uśpieniu chloroformowo-eterowem w sposób zwykły (poprzednio rodzącą zbadano ręką w rękawiczce gumowej, przyczem okazało się, że ujście otwarte było prawie zupełnie, pęcherz płodowy zachowany, główka wysoko nad wejściem do miednicy); dziecię płci męzkiej otrzymano żywe, ważyło 3570,0; krwawienie z macicy było dość znaczne, na macicę dwa szeregi szwów: głębokie jedwabne, powierzchowne katgutowe; oba jajowody podwiązano w dwóch miejscach zapomocą jedwabiu, w odległości około 5 cm, i wycięto odpowiednie części jajowodów pomiędzy podwiązkami. Operacya trwała minut 54. Przebieg pooperacyjny w pierwszych dniach bardzo pomyślny, w drugim tygodniu powikłany kilkodniową gorączką, (najwyższa ciepłota 38,2), zależną od utworzenia się wysięku w prawem więzadle szerokiem na miejscu wycięcia jajowodu (powikłanie takie po raz pierwszy przez kol. S. spostrzegane w jego przypadkach); wysięk ów zresztą bardzo szybko się zmniejszył; operowana po 3 tygodniach opuszcza szpital w stanie zdrowia zupełnie pomyślnym. Sprzężna przekątna wynosiła 9 cm. (Streszczenie własne).

2) S. Sterling: **W sprawie zbierania statystyki gruźlicy.** Trudności otrzymania ścisłych liczb śmiertelności: 1) statystyka szpitalna mówi jedynie o jednej warstwie ubogich; 2) śmierć przypadkowa (zapalenie wyrostka rob., cholera, uraz, otrucie, moczówka cukrowa i t. p.) wyłącza chorych gruźliczych ze statystyki tego cierpienia; 3) zmarłych na gruźlicę spotykamy zanadto często w rubrykach statystyki śmiertelności takich, jak: uwiąd starczy, nieżyt dróg oddechowych, drgawki dzieci, wycieńczenie dzieci, rozedma płuc, odra. Zupełnie już dowolna jest cyfra chorobowości, którą obliczają, mnożąc cyfrę śmiertelności przez liczbę lat, które jakoby żyje średnio chory na gruźlicę. Popierwsze, wyłączeni są tu z góry wszyscy wyleczeni (umierający z powodu innych przyczyn), dalej liczni chorzy na gruźlicę chirurgiczną, skóry i t. d. Powtóre, wszystkie te cyfry trwania choroby podawane są dotąd albo przez ordynatorów szpitalnych (jedna warstwa ludności), albo przez internistów z praktyki prywatnej (nieuwzględnienie dzieci, ani gruźlicy chirurgicznej). Gdy więc błędy tkwić — już w zasadzie — muszą w obu mnożnikach, — iloczyn jest bardzo daleki od prawdy.

Zebranie statystyki, uchwalone przez Zjazdy lekarskie polskie, a poruszone obecnie przez Stałą Delegacyę Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, musimy poprzeć, ponieważ tylko tą drogą otrzymamy jako-tako ścisłe dane, choćby z pewnych okolic i miast.

Odpowiadając na pytania schematu statystycznego, zatwierdzonego i rozesłanego przez Delegacyę, nie rozwiążemy wszystkich pytań, tyczących się statystyki gruźlicy, ale — najważniejsze. Prostota i łatwość są zaletą kwestyonaryusza. Główną zasadą niech przy zbieraniu będzie maksyma: 1) brak odpowiedzi na niektóre pytania (na które np. nie zebrano od chorego odpowiedzi, a kartkę statystyczną wypełnia lekarz po odejściu chorego) nie zmniejsza wartości naukowej takiej kartki; 2) odpowiedź — choćby jedna — podana na domysł, pozbawia kartkę wartości naukowej.

Rozpatrując niektóre zapytania kartki statystycznej, daje S. przykłady, co wpisywać należy pod rubrykę: »Uwagi«. Więc np.: Macocha zmarła na gruźlicę płuc, brat chory na gruźlicę płuc; mąż pluł krwią i t. p.«. (Streszczenie własne).

Podczas rozważania poszczególnych punktów, zawartych w kwestyonaryuszu, o którym mowa, wywiązała się dyskusya, w której wzięli udział koledzy: Pinkus, K. Jasiński, Trenkner, Sonnenberg, Birencweig i Przedborski.

3) Wobec wyczerpania porządku dziennego a wczesnej pory, S. Sterling przytoczył dwa spostrzeżenia z praktyki, tyczące się **nieodpowiedniego stosowania dyety przeciwcukrzycej.** W przypadku pierwszym, ponieważ chory przy dyecie mlecznej ścisłej stracił cukier, wniósł stąd lekarz ordynujący, że w danym przypadku mleko może być w dowolnej ilości dodawane do dosyć obfitego pożywienia, racyonalnie zresztą ułożonego. Tu błąd tkwił w pominięciu sprawy ilości pożywienia wogóle; dyeta mleczna ścisła była zawsze dyetą podgłodową i jako taka działała odcukrzająco, pomimo obecności cukru w mleku. W drugim przypadku ciężkiej cukrzycy, kiedy chory pomimo dyety ściśle bezwęglowodanowej wydzielał wielkie ilości cukru, lekarz ordynujący nie zgodził się na podawanie choremu węglowodanów. W obu przypadkach, bardzo świeżej daty, ujawniło się dosyć szablonowe traktowanie dyety swoistej przy moczówce cukrowej. Niezbędnem jest wspólne przedyskutowanie tej sprawy w Towarzystwie. S. proponuje, by ktoś z kolegów, zajmujących się naukowo sprawami przemiany materyi, wygłosił wykład o obecnych na leczenie moczówki cukrowej poglądach by dać ogółowi kolegów sposobność przedyskutowania tej sprawy.

W dyskusyi nad poruszoną sprawą, kol. Brabander, który obiecał zająć się tem pytaniem, zaznaczył, że w ostatnich latach, dzięki postępom chemii i patologii doświadczalnej, poglądy na leczenie cukrzycy uległy zmianom zasadniczym. O ile bowiem dawniej chorych na cukrzycę przekarmiano w przypuszczeniu, że im więcej tacy chorzy spożywają mięsa i tłuszczów, tem lepiej, o tyle obecnie zaleca się umiarkowanie. Są postacie cukrzycy, przy których bilans azotowy nie może przekraczać 10 gr. na dobę, jeżeli pragniemy, aby mocz nie zawierał cukru. Co się tyczy węglowodanów, to dziś stosujemy je daleko swobodniej, niż dawniej, zwłaszcza w ciężkich postaciach, przebiegających z acydozą. Powstaje ona z tłuszczu, a także z białka, jak utrzymują niektórzy (Abderhalden). W ciężkich postaciach cukrzycy jedynym sposobem zmniejszenia acydozy jest podawanie węglowodanów.

4) Kol. Maksymilian Cohn przedstawił dwa okazy otrzymane drogą operacyjną.

I. **Preparat wyrostka robaczkowego**; pochodzi z praktyki prywatnej. D. N., kobieta, lat 50, rodziła 7 razy, po raz ostatni przed 9 laty. Od lat 5 guz w prawej pachwinie, wielkości jaja gołębiego, łatwo dający się odprowadzić. W ostatnich dwóch latach guz się powiększał, a od roku bolesny przy każdorazowem odprowadzeniu. Od 5 miesięcy po ostrym napadzie bolów w okolicy pępkowej, chora często się skarżyła na bole w dolnej części brzucha, zwłaszcza po stronie prawej. Przed 3 miesiącami bardzo obfity krwotok żołądkowy. D. 29 stycznia wieczorem napad bardzo silnych bolów w dolnej części brzucha, guz pachwinowy powiększony, bolesny, nie daje się odprowadzić. Dnia następnego wymioty i wypróżnienie, również wypróżnienie d. 31. I.

Badanie d. 2. II.: Chora średniego wzrostu, szczupła, blada. Brzuch miernie wzdęty. W okolicy pachwinowej prawej, poniżej więzadła Pouparta, guz wielkości jaja kurzego, ze skórą zaczerwienioną, bardzo bolesny przy dotykaniu. Rozpoznanie: Hernia cruralis dextra incarcerata, verisimiliter omentalis (ze względu na wypróżnienie po objawach uwięźnięcia).

Operacya d. 2. II. w uśpieniu chloroformowem. Po przecięciu powłok i worka bardzo zgrubiałego, wylewa się płyn cuchnący kałowo-ropny. Okazuje się, iż treść worka wyłącznie stanowi w stanie zapalnym będący wyrostek, którego długość wynosi 15 cm, a który na wolnym końcu przedstawia kolbowate rozszerzenie, w kilku miejscach przedziurawione; natomiast pozostała część wyrostka na przestrzeni 11 cm przedstawia się prawidłowo. Po wycięciu zwykłym sposobem wyrostka, odcięciu worka i zaszyciu wrót, operacyę dokończono zaszyciem pozostałych warstw z włożeniem sączka z gazy. (Przypisek późniejszy: Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy).

II. **Preparat torbieli skórzastej jajnika.** S. B., lat 27, wstąpiła do szpitala Poznańskich d. 22. I. 1909. Rozpoznanie: torbiel jajnikowa lewa oraz ciąża w końcu 3. miesiąca. Przy badaniu w uśpieniu chloroformowem zwraca na siebie uwagę jeszcze bardziej niż poprzednio postać guza, który przypomina znacznie powiększoną, zwyrodniałą, ruchomą nerkę. Operacya stwierdziła, iż szło o torbiel skórzastą, usadowioną na długiej szypule, a składającą się z trzech oddzielnych części, formy nerki, w trójnasób powiększonej. (Streszczenie własne).

Sekretarz: *E. Sonnenberg.*

Towarzystwo lekarskie radomskie.

Posiedzenie nadzwyczajne d. 24 września 1908 r.

Przewodniczący: kol. H. Fidler. Obecnych 22 członków. Prezes kol. Fidler wygłosił krótkie wspomnienie pośmiertne o zmarłym członku rzeczywistym Towarzystwa, ś. p. kol. Zygmuncie Płużańskim, starszym lekarzu szpitala św. Kazimierza w Radomiu, — poczem obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie ze swych miejsc. Zamiast wieńca na trumnę koledzy złożyli rb. 22 kop. 50 na istniejący przy Towarzystwie lekarskiem radomskiem fundusz dla wdów i sierot po lekarzach Ziemi radomskiej.

Następnie przed porządkiem dziennym kol. Raszkes przedstawił chorą po operacyi **ciąży zewnątrzmacicznej**.

Kol. Szczepaniak zgłosił do prezydyum następujący wniosek, który, jako nagły, na żądanie Ogólnego Zebrania został poddany pod dyskusyę. »Wobec śmierci kolegi ś. p. Płużańskiego nasuwa się sprawa obsadzenia posady starszego lekarza szpitala św. Kazimierza w Radomiu. Proponuję oświadczenie się w sprawie powyższej Towarzystwa lekarskiego, jako jedynej instytucyi, która w takich przypadkach powinna zabierać głos wobec braku u nas konkursowych sposobów obsadzania ordynatur szpitalnych«. Po wyczerpującej dyskusyi Ogólne Zebranie uchwaliło: »Towarzystwo lekarskie radomskie uznaje, że jedynym kandydatem, godnym objęcia posady starszego lekarza szpitala św. Kazimierza w Radomiu — ze względu na zasługi na polu szpitalnem, długoletnią i bardzo owocną pracę, zmierzającą do podniesienia szpitala św. Kazimierza, oraz uzdolnienie fachowe — jest kol. Franciszek Kosicki«.

Następnie kol. Przewodniczący zaznaczył, iż posiedzenie dzisiejsze zwołane zostało w celu omówienia sprawy walki z cholerą w Radomiu — poczem otworzył dyskusyę w tym względzie.

Po wyczerpującej dyskusyi Ogólne Zebranie uchwaliło: 1) Na kandydatów do objęcia posad ordynatorów w baraku cholerycznym przedstawić władzom miejskim następujących kolegów w wyszczególnionym poniżej porządku, ustalonym przez losowanie: a) kol. Jan Przychodzki, b) kol. Józef Kossak i c) kol. Adolf Pomper. (Uwaga. W razie niemożności pełnienia obowiązków ordynaturę obejmuje kolejny kandydat). 2) Wynagrodzenie dla ordynatora oznaczyć w kwocie rb. 10 za dobę, oraz zwrot kosztów przejazdu do szpitala. 3) Pierwszy ordynator pełnić będzie czynności administracyjne i prowadzić statystykę. 4) Urządzać dyżury lekarskie z początku w aptece p. Kasprzykowskiego, a w miarę szerzenia się cholery w aptece p. Kalickiego. 5) Lekarze dyżurować mają na zmianę po 8 godzin, a mianowicie: od 8 rano do 4 popołudniu, od 4 popołudniu do 12 w nocy i od 12 w nocy do 8 rano. 6) Wynagrodzenie za dyżury nocne wynosić ma rb. 8, zaś za dzienne po rb. 6 — ogółem rb. 20 za dobę. 7) Stacye dyżurne mają być otwarte z chwilą stwierdzenia pierwszego przypadku cholery bakteryologicznie podejrzanego. 9) Jako dyżurnych przedstawić kolegów, którzy wyrazili na to swą zgodę: Bijejkę, Drewnowskiego, Fidlera, Fuksiewicza, Finkelsztejna, Idzikowskiego, Kołodnera, Kossaka, Marxa, Piątowskiego, Pompera, Raszkesa oraz warunkowo (o ile obowiązki służbowe temu nie przeszkodzą) Pełczyńskiego, Przyłęckiego i Rakowskiego. 10) Lekarz sanitarny powinien być mianowany już obecnie ze względu na panujące w mieście epidemie; lekarz sanitarny powinien być w Radomiu stały, któremu należy powierzyć wyłącznie walkę z epidemiami, grasującemi obecnie, jak płonicy, odry i duru brzusznego. Tenże lekarz w razie cholery pełnić będzie obowiązki sanitarnego lekarza dla walki z cholerą. 11) Nie należy wkładać obowiązków lekarza sanitarnego na lekarza miejskiego. 12) Co do sposobu wynagrodzenia lekarza sanitarnego pozostawić tę sprawę porozumieniu się władz miejskich z kandydatem na tę posadę. 13) Na kandydata na posadę stałego lekarza sanitarnego przedstawić władzom miejskim kol. W. Cennerea. 14) Ponieważ lekarz dyżurny powinien obok podania pomocy lekarskiej choremu cholerycznemu przedsiębrać na miejscu środki w celu o ile możności zniszczenia źródła zakażenia, przeto do pomocy ma być mu dodany sanitaryusz. Tenże, zaopatrzony w środki odkażające, wraz z lekarzem jeździć będzie do chorych i dokonywać na miejscu odkażania wydzielin chorego. Lekarz dyżurny winien objaśnić otoczenie o konieczności odosobnienia chorego, czy to przez oddanie go do szpitala, czy też usunięcie otoczenia, dać wskazówki co do sposobów odkażania wydzielin i zachowania się otoczenia, oraz pozostawić środki odkażające na miejscu, o ile ich w domu brak. Do obowiązków lekarza dyżurnego należy nadto wypełnienie kartki statystycznej i zawiadomienie lekarza sanitarnego. 15) Sanitaryusze powinni pełnić swe obowiązki na zmianę po 8 godzin — na równi z lekarzami. 16) Wysokość wynagrodzenia sanitaryusza określić na rb. 3 za 8 godzin dyżuru.

W sprawie projektu ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

St. Ciechanowski.

(Ciąg dalszy).

3\. I. Należy w ustawie (§ 2, resp. 4) pozostawić możność nałożenia dalszych obowiązków co do donoszenia (np. donoszenia podwójnego, t. j. równocześnie do zarządów gminnych oraz do władz politycznych I-szej instancyi). Możność takiego zwiększenia obowiązków należy przyznać władzom administracyjnym przy zasięgnięciu zdania czynników autonomicznych.

II. Prócz wymienionych w projekcie (§ 3) osób, powinni być obowiązani do donoszenia:
a) dozorcy sanitarni (na drugiem miejscu po lekarzach),
b) duszpasterze (na trzeciem miejscu).

III. Wszelkie doniesienia o chorobach zakaźnych (nie wyłączając listów poleconych, telegramów i t. p.) powinny być wolne od opłat pocztowych (§ 4 alin. 2, § 46).

IV. Okolicom nadgranicznym (państwa), oraz mającym żywy ruch ludności za granicę (emigracya sezonowa), powinna być zapewniona w razie zarządzenia specyalnych meldunków (§ 17) pomoc ze strony rządu w zwiększonych agendach i pokryciu ich kosztów.

V. Za doniesienia pożądane jest wynagradzanie lekarzy ze skarbu państwa bądź bezpośrednie, bądź w formie ryczałtu, wpływającego do funduszów filantropijnych przy Izbach lekarskich.

(Motywa). I. Wobec niesprawności większej części naszych gmin wiejskich zachodzi obawa, że w razie, gdyby o chorobach zakaźnych donoszono tylko zarządom gminnym (jak to przepisuje § 2 ustawy), doniesienia te w ważnych przypadkach mogłyby tam zalegać i nie dość wcześnie dochodziłyby do wiadomości władz sanitarnych. Wobec tego zaś, że w paru tysiącach gmin naszych niema wcale lekarzy, a z okręgów sanitarnych utworzono w Galicyi ledwo $^1/_3$ i tworzenie ich dalsze tylko zwolna postępuje, będzie w większości przypadków od władz sanitarnych (przy władzach politycznych I-szej instancyi) zależeć zarządzenie racyonalnych i skutecznych środków. Dlatego w pewnych przypadkach zajść może potrzeba donoszenia o chorobie zakaźnej podwójnego, t. j. nietylko do gminy, ale także równocześnie wprost do władzy politycznej. Takie podwójne donoszenie przewiduje wprawdzie § 4 alin. II projektu ustawy, jednakże nie co do wszystkich chorób, wobec których potrzeba taka zajść może. Dlatego możność zwiększenia obowiązku donoszenia, np. przez zarządzenie donoszenia podwójnego i o innych (§ 4 nieobjętych) chorobach, powinna być w ustawie zastrzeżona.

II. Wobec braku w naszym kraju zawodowych dozorców chorych (§ 3), a wobec projektowanego ustanowienia nadzorców sanitarnych, do którego koniecznie zmierzać należy (ob. niżej, odpowiedzi na IV pytanie kwestyonaryusza), powinien obowiązek donoszenia dotyczyć na drugiem miejscu, zaraz po lekarzach, takich nadzorców; na trzeciem miejscu powinni być wymienieni duszpasterze, gdyż w kraju naszym duchowieństwo wiejskie zazwyczaj wcześniej bywa wzywane do chorych włościan, niż lekarze i wcześnie o przypadkach chorób zakaźnych przez to dowiedzieć się może.

III. Uwolnienie wszelkiego rodzaju doniesień o chorobach zakaźnych od opłat pocztowych (oszczędzające zresztą mnóstwa niepotrzebnej pisaniny przy zwrocie kosztów za telegramy i t. p.), może tem łatwiej nastąpić, skoro i tak skarb pocztowy ma być za przesyłanie doniesień ryczałtowo odszkodowany (§ 46) z funduszów państwowych, a jest tem ważniejsze, im bardziej na tem zależy, aby doniesienia nie ginęły (doniesienia w listach poleconych mają podlegać wedle projektu ustawy opłacie pocztowej; § 46).

III. Specyalne zwiększenie agend meldunkowych i ich kosztów w razie zarządzenia specyalnych meldunków, dotkliwie

zaciąży na okolicach nadgranicznych i wogóle mających żywy peryodyczny ruch ludności za granicę. W okolicach nadgranicznych zachodniej części kraju wchodzi tu w rachubę głównie żywy pograniczny ruch handlowy, szacowany na parę tysięcy ciągle granicę przekraczających osób (kilka razy na tydzień), zresztą emigracya zarobkowa. Gminy, podejmujące w takich warunkach zwiększone agendy z powodu specyalnych meldunków, działając w ochronie całego państwa, powinny też od państwa uzyskać ku temu pomoc.

V. Doniesienia lekarskie o chorobach zakaźnych mają zupełnie inną wartość, niż doniesienia wszystkich innych, do donoszenia obowiązanych osób, ze względu na fachowe wiadomości lekarza. W zwalczaniu chorób zakaźnych są one jednym z najważniejszych czynników, na którym państwu znacznie więcej zależeć musi, niż na współdziałaniu laików. Na lekarzach ciąży obowiązek donoszenia bezwarunkowo, gdy inne osoby według projektu ustawy (§ 2) mają tylko wtenczas obowiązek donoszenia, jeżeli niema lekarza. Pomimo zaś, że na lekarzy spada tu obowiązek znacznie większy, bezwzględny, grozi im, w razie niedoniesienia, kara taka sama, jak i warunkowo tylko do donoszenia obowiązanym laikom. Wobec tego powinno być lekarzom przyznane za donoszenie wynagrodzenie. Wynagrodzenie to mogłoby być pauszalowane, co usunęłoby techniczne trudności rachunkowe. Inną ewentualnością byłoby składanie tego wynagrodzenia do funduszu wdów i sierot przy Izbach lekarskich w formie ryczałtu, proporcyonalnego do czynności lekarzy danego kraju przy zwalczaniu chorób zakaźnych; w ten sposób dla ulżenia ciężkiej doli rodzin po lekarzach wpływałyby fundusze tem większe, im większą była praca lekarzy danego kraju w walce z chorobami zakaźnemi.

4. Lekarzom powołanym do zwalczania epidemii należy zapewnić świadczenia, odpowiadające ich trudnemu i niebezpiecznemu zajęciu, a mianowicie:

W razie zarażenia się pobory VIII rangi na czas choroby i rekonwalescencyi, w razie wynikłej stąd niezdolności do pracy pełną emeryturę VIII rangi, w razie śmierci rodzinom ich pensye i zaopatrzenia VIII rangi; lekarzom, których pobory już przewyższają rangę VIII, należy zapewnić w razie niezdolności do pracy wskutek zarażenia się przy zwalczaniu choroby zakaźnej emeryturę pełną, choćby jeszcze nie posiadali potrzebnej do tego w zwykłych warunkach liczby lat służby.

(Motywa). Pozyskanie dostatecznej liczby dobrych sił lekarskich do zwalczania epidemii w postaci »lekarzy epidemicznych« zależy od tego, czy lekarzom tym będzie przyznane, prócz należytego wynagrodzenia, także należyte zabezpieczenie. Pod tym względem projekt ustawy pozostaje daleko w tyle poza tem, co jest konieczne; wystarczy przytoczyć na dowód, że projekt nie wspomina wcale o jakichkolwiek bonifikacyach dla tych lekarzy, którzyby się zarazili, na czas ich choroby, a na wypadek niezdolności do pracy, nabytej przy zwalczaniu epidemii, przyznaje lekarzowi zaledwie 1100 do 1200 koron rocznej emerytury!

Dlaczegoby lekarze, którzy stracili zdolność do pracy przy zwalczaniu epidemii, a już przekroczyli pobory rangi VIII, mieli być tak samo traktowani jak urzędnicy, przedwcześnie porzucający spokojne urzędowanie biurowe, niepodobna zrozumieć. Zdawałoby się, że już prosta sprawiedliwość wymaga pewnej rekompensaty za ofiary, poniesione na zdrowiu przez wykonywanie niebezpiecznego zawodu, choćby szło o lekarza VII czy VI rangi.

5. Do pomocy lekarzom powiatowym powinni być ustanowieni w liczbie dostatecznej państwowi nadzorcy sanitarni.

(Motywa). Niższa służba sanitarna, wprowadzona w wielu krajach, okazała się instytucyą bardzo pożyteczną, o ile tylko utrzymano ją w granicach właściwych, t. j. prostych nadzorców sanitarnych, wykonujących jedynie zlecenia lekarzy pod ścisłym ich nadzorem. Tem konieczniejszą jest taka służba tam, gdzie, jak w naszym kraju, lekarzy jest mało i gdzie często będzie niepodobieństwem, aby lekarz był naprzykład obecny przez cały czas czynności odkażania, której zresztą nie może przecie wykonywać własnoręcznie, a której technicznego wykonania nie może też polecić rękom nieumiejętnym i niewprawnym. Ponieważ wykonanie ustawy o chorobach zakaźnych zależeć będzie od władz politycznych, przeto i nadzorcy sanitarni powinni być w ich ręku, co da się osiągnąć tylko przez ustanowienie dozorców sanitarnych państwowych.

Zadania takich dozorców, wykonywane zawsze pod ścisłą kontrolą lekarską, ograniczałyby się do 1) służby wywiadowczej i donoszenia o chorobach zakaźnych, 2) spisywania przedmiotów, przeznaczonych do odkażenia w danem mieszkaniu, nadzoru nad nimi i wykonywania odkażania według wskazówek i pod kontrolą lekarzy, 3) dozoru nad odosobnieniem chorych i podejrzanych, w razie koniecznym — obsługi przy chorych odosobnionych, nad oznaczaniem w odpowiedni sposób zakażonych mieszkań (§ 22), nad przenoszeniem i odosobnieniem zwłok i t. d.

6. Powinny być utworzone państwowe zakłady badania chorób zakaźnych (*staatliche Untersuchungsinstitute*).

7. W większych miastach kraju należy przy szpitalach publicznych utworzyć dostatecznie wielkie pawilony dla chorych zakaźnych, resp. pawilony izolacyjne. Przy małych szpitalach prowincyonalnych wystarczą na zwykłą, miejscową potrzebę niewielkie pawilony zakaźne; natomiast w razie potrzeby powinny być tworzone państwowe ruchome (barakowe) szpitale zakaźne, zaopatrzone w odpowiednie urządzenia i personal, któreby działały w miejscowościach najsilniej dotkniętych epidemią, bądź jako zakłady lecznicze, bądź jako pawilony izolacyjne.

8. Odosobnionym chorym powinny być na koszt państwa dostarczone żywność i opieka, odosobnionym osobom zdrowym — środki zaspokojenia najważniejszych potrzeb (żywność, opał, nafta).

9. Uzyskanie odszkodowania za przedmioty, zniszczone lub uszkodzone przez odkażanie, nie powinno być utrudnione w tym stopniu, jak to czyni projekt ustawy. Zgłoszenia o odszkodowanie powinny być uwzględnione także wtedy, jeżeli strona zgłasza je ustnie, jeżeli zgłasza je na miejscu do organów wykonujących odkażanie, a termin zgłoszeń powinien wynosić najmniej 30 dni. Za przedmioty częściowo uszkodzone powinno być przyznane częściowe odszkodowanie. Prawo do odszkodowania powinno być w ustawie przyznane także spadkobiercom posiadacza przedmiotu. Warunki utraty prawa do odszkodowania wskutek przekroczenia ustawy powinny być złagodzone.

10. Grzywny za przekroczenie ustawy i kwoty, uzyskane z licytacyi przedmiotów za karę skonfiskowanych, powinny wpływać do funduszu przeciwepidemicznego gminnego, złożonego w Wydziale krajowym i przezeń administrowanego.

(Motywa). Wnioski, objęte powyższymi punktami 6—10 wiążą się najściślej z zagadnieniem sprawnego i skutecznego działania służby sanitarnej w przypadkach chorób zakaźnych.

Należycie ścisłe i pewne sprawdzenie większości chorób zakaźnych wymaga dziś koniecznie badań bakteryologicznych, wykonanych ściśle z pomocą całego tego aparatu naukowego, w jaki tylko państwowe, należycie urządzone i rozporządzające siłami specyalistycznemi zakłady zaopatrzone być mogą. W każdym kraju koronnym Austryi powinien istnieć przynajmniej jeden taki zakład (podobnie jak zakład badania środków spożywczych), oprócz tego zaś powinny być tworzone mniejsze stacye bakteryologiczne i ruchome oddziały bakteryologiczne (jak w Niemczech).

Odosobnienie chorych w ich mieszkaniach będzie w naszym kraju, szczególnie w uboższych dzielnicach miejskich i po wsiach, natrafiać często na znaczne trudności, z powodu przepełnienia mieszkań po miastach i chat wiejskich; w razie zaś każdej nieco rozleglejszej epidemii, wymagałoby skuteczne odosobnienie chorych w ich mieszkaniach licznej straży i ścisłego nadzoru, na co gminy, zwłaszcza uboższe, zdobyćby się nie mogły. W takich razach najmniej obciążyłoby gminy odosobnienie chorych we wspólnym lokalu izolacyjnym. Wszelako z naszych gmin wiejskich niewiele tylko zdobyćby się mogło na utworzenie i utrzymanie lokalów izolacyjnych, jako tako odpowiadających wymogom, a w każdym razie żadna z gmin wiejskich nie może utrzymywać lokalu tak obszernego, aby wystarczył na wypadek rozleglejszej epidemii lub na pomieszczenie delożowanych osób, poddanych obserwacyi. Wobec zaś groźniejszych i cięższych chorób zakaźnych nie można nieraz będzie przewozić chorych do pawilonów izolacyjnych w szpitalach powiatowych, zarówno ze względu na samych chorych, jak i ze względu na znaczną nieraz odległość ogniska epidemii od szpitala, złe komunikacye i niebezpieczeństwo rozwleczenia zarazy, które z przewożeniem mimo wszelkich ostrożności zawsze bądź co bądź się łączy. Wreszcie gdyby nawet przewożenie chorych do szpitali powiatowych było zawsze wykonalne, to jednak niepodobnaby było utrzymywać przy tych szpitalach wielkich, — na przypadek groźnych, rozleglejszych epidemii (cholera, dur osutkowy) wystarczających — pawilonów, które poza okresami tych epidemii stałyby pustką. Sama budowa takich pawilonów obciążyłaby niezmiernie a nie-

słusznie fundusze kraju, nie mówiąc już o kosztach konserwacyi takich budynków. Z tych wszystkich względów jest rzeczą konieczną, by władze sanitarne rządowe rozporządzały odpowiednimi (nadającymi się do użytku i w porze zimowej, a przystosowanymi do celów szpitala zakaźnego, a nie polowego) barakami wraz z całem potrzebnem urządzeniem, z którychby można w miarę potrzeby tworzyć ruchome szpitale zakaźne, wraz z odpowiednim personalem przeznaczone do miejscowości, dotkniętych rozleglejszą epidemią, — oraz baraki izolacyjne dla osób, poddawanych w znaczniejszej liczbie obserwacyi w odosobnieniu. Przy szpitalach powiatowych powinny istnieć tylko małe oddziały zakaźne, obliczone na stałą potrzebę danej miejscowości i bliższej okolicy. Ponieważ zaś w obu miastach stołecznych i kilku większych miastach prowincyonalnych choroby zakaźne są i będą zawsze w pewnym rozmiarze zjawiskiem stałem, przeto w tych miastach powinny istnieć stałe, większe szpitale zakaźne, odpowiadające przyjętym za granicą dla miast podobnych regułom, gdyż obecne oddziały zakaźne w miastach tych stoją co do liczby miejsc znacznie poniżej tej reguły.

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Komitet krakowskiej Organizacyi lekarzy odbył 7. III. b. r. posiedzenie, na którem sekretarz zawiadomił, że otrzymał 55 deklaracyi członków Organizacyi lekarzy m. Krakowa. Dr Sokołowski i Dr Klęsk zdali sprawę z pertraktacyi, jakie podjęli, aby uzyskać opust cen rozmaitych artykułów dla członków Organizacyi. 9 członków Organizacyi uwolniono na ich prośbę od połowy wkładki na rok bieżący. Upoważniono sekretarza do zamówienia legitymacyi dla członków Organizacyi w formie książeczki. Sekretarz: *Dr Witaliński.*

Prezydyum państwowego Związku lekarzy podaje do wiadomości, że o bojkocie posad należy zaraz zawiadamiać prezydyum. Przy obejmowaniu posad lekarze powinni zawierać umowy jedynie pisemnie i przed ich ostatecznem zatwierdzeniem przesyłać do rozpatrzenia swej organizacyi. Pomocy udziela się jedynie członkom organizacyi, natomiast lekarze, którzy dopiero »z potrzeby« zwracają się do Związku lub organizacyi, nie mogą na pomoc liczyć. *N.*

Ustawa emerytalna dla lekarzy okręgowych galicyjskich, uchwalona na ostatniej sesyi sejmowej, nie uzyskała dotąd sankcyi. Wobec tego Wydziały powiatowe ubezpieczają lekarzy okręgowych w Zakładzie ubezpieczeń dla urzędników prywatnych. Izba lekarska lwowska na posiedzeniu z d. 5. III 1909 postanowiła (jak donosi »Kuryer lwowski« 111), pomimo powstać mogących przez takie ubezpieczenie zawikłań, nie odradzać go lekarzom, a to obawiając się, że ustawa krajowa z powodu sprzeczności z ustawą państwową o ubezpieczeniu urzędników prywatnych, sankcyi może nie uzyska. Równocześnie jednak uchwaliła Izba zwrócić się do Koła polskiego w Wiedniu z prośbą, by starało się przyspieszyć sankcyonowanie ustawy krajowej. *R.*

Z Frysztaka, miasta w powiecie strzyżowskim, nadesłał nam lekarz miejski, Emil Spiegel, następujące sprawozdanie sanitarne za r. 1908:

Frysztak, położony w okolicy podkarpackiej, na lewym brzegu Wisłoka, liczy 1506 mieszkańców (z tego 322 rz.-katol., 10 gr. katol. i 1.101 żydów).

W roku 1908 umarło 35 osób (23·2%), a po odtrąceniu dwu nieżywo urodzonych wynosiła śmiertelność 21·9%. Wiek zmarłych: w pierwszym roku życia zmarło 8, w wieku od 1—10 lat 8, od 10—20 lat 2, od 20—30 lat 0, od 30—40 lat 0, od 40—50 lat 3, od 50—60 lat 2, od 60—70 lat 5, od 70—80 lat 3, od 80—90 lat 2.

Przyczyna śmierci: brak sił żywotnych 4, drgawki 1, gruźlica opon mózgowych 1, gruźlica płuc 8, nowotwory 3, nieżywo i przedwcześnie urodzonych 2, odra 3, porażenie 1, rozedma płuc 2, śmierć przypadkowa 1, udar mózgowy 3, udar sercowy 1, uwiąd starczy 3, zapalenie opon mózgowych 1, zapalenie płuc 1.

Na odrę chorowało 48 osób, umarło 3 (6·2%). Odra panowała w miesiącach letnich (lipiec, sierpień i wrzesień). Odwiedzałem w miarę potrzeby i zgłoszeń ubogich chorych obłożnie, jakoteż nagminnie i udzieliłem 324 porad. Na leki dla ubogich wydała gmina 99 K 29 gr. Zaszczepiłem 58, a zrewakcynowałem 66 osób.

Szkoła jest stara, ciasna, nie odpowiada najprostszym wymogom higieny szkolnej, a sprawa budowy nowej szkoły ciągnie się już latami i nie może się doczekać końca.

Studzien ma gmina 25; z tych 7 publicznych, sposobem artezyjskim jest wierconych 5 studni (najgłębsza 53 m). Ocembrowanie murowane ma 10 studzien, betonowe 4, a drewniane 6; zapomocą pomp czerpie się wodę w 9 studniach, zapomocą wiader w 9, w 7 konewkami. Woda do picia jest przeważnie dobra.

Kanalizacyi gmina niema. Nieczystości z wychodków bywają wywożone w porze wiosennej i jesiennej jako nawóz wprost w pole. Gmina opłaca osobnego śmieciarza, który ma obowiązek utrzymywać czystość i porządek na placach publicznych i ulicach, a zebrane śmieci sprzedaje się okolicznym rolnikom jako nawóz. Na 168 domów 50 niema podwórza, a 35 jeszcze niema wychodków. Zbór izraelicki utrzymuje jeden wychodek publiczny, ponieważ jednak niema stałego stróża, panuje tam nieporządek, nie dający się opisać.

Przyrządu dezynfekcyjnego gmina nie posiada. Izba ratunkowa składa się z 2 ubikacyi i kuchni i posiada urządzenie dla 4 chorych. Areszta gminne nie odpowiadają celowi.

Rzeźnia jest murowana z kanalizacyą i wodociągiem wedle nowoczesnych wymogów, z przyrządami do wyciągania bydła, z osobnym oddziałem dla świń, kotłem do parzenia, ale i tu są jeszcze liczne braki, a mianowicie brak lodowni, oparkanienia, wychodków, zbiornika na nawóz i gnojówkę. Piekarń jest 8 z tych 3 koncesyonowane, a tylko jedna bez zarzutu prowadzona. *E. Spiegel.*

W sprawie popierania zdrojowisk krajowych przypomina »Kuryer lwowski« (111), że zbliża się czas właściwy do rozpoczęcia publicznej akcyi przedsezonowej, którą na zapytanie prof. Rydygiera (w styczniu r. b.) przyrzekł podjąć zarząd Towarzystwa lek. lwowskiego. Zdaniem »Kurjera lwowskiego« obowiązek agitacyi na rzecz zdrojowisk krajowych ciąży w pierwszym rzędzie na lekarzach, a w drugim dopiero na dziennikarstwie. (Dziennikarstwo warszawskie, a z galicyjskiego właśnie sam »Kurjer lwowski«, wypełniały jednak ten obowiązek w r. z., nie oglądając się na lekarzy). *R.*

Na Wołyniu żadne z miast nie ma wodociągów, ani studzien artezyjskich, ani znośnej wody do picia. Ludność używa wszędzie wody z rzek i strumieni, które służą do kąpieli, prania bielizny i wylewania nieczystości. Woziwody w zimie, gdy nadbrzeżne przeręble zamarzną i wodę wozić trzeba ze środka koryta rzeki, urządzają bezrobocia, jak n. p. w Łucku, lub przywożą wodę brudną i cuchnącą, nie dającą się wcale użyć. (»Kraj« Nr. 7). *R.*

Koło lekarzy fabrycznych w Łodzi, zaproszone do współudziału w Zjeździe lekarzy fabrycznych, odbyć się mającym w Moskwie 14—20. kwietnia r. b., za naszem pośrednictwem zwraca się do wszystkich osób, mających styczność z życiem i pracą ludności fabrycznej, aby zechciały wziąć udział w Zjeździe, czy to osobiście przez wygłoszenie odczytu w zakresie jednego z tematów objętych programem, czy też przez nadesłanie odnośnych materyałów na ręce sekretaryatu Koła lekarzy fabrycznych w Łodzi (adres: Dr St. Skalski), który opracowuje referat o stanie pomocy lekarskiej fabrycznej u nas.

Program Zjazdu: 1) Zarządzenia przeciwcholeryczne. Współczesny stan leczenia cholery. 2) Mieszkania robotnicze w domach fabrycznych i prywatnych, dzielnice robotnicze; domy własne. Drogi wiodące do polepszenia sprawy mieszkań robotniczych. 3) Dzień roboczy. Praca kobiet i dzieci. 4) Uszkodzenia cielesne. Regiestracya, statystyka i ekspertyza uszkodzeń. Zastosowanie w praktyce prawa z roku 1903. Badanie robotników przed przyjęciem do pracy. 5) Klasyfikacya i mianownictwo fabryk i zakładów przemysłowych. Metody badania rozwoju fizycznego i stanu zdrowia robotników, chorobowość i śmiertelność ich. Choroby zawodowe. 6) Ubezpieczenia robotnicze. 7) Pomoc lekarska i nadzór sanitarny w fabrykach, zakładach przemysłowych i pracowniach rzemieślniczych. 8) Inspekcya fabryczna i jej działalność z punktu widzenia prawodawstwa fabrycznego i opieki nad zdrowiem i życiem robotników. 9) Warunki higieniczno-sanitarne pracy w różnych gałęziach przemysłu. 10) Sposoby i środki usuwania odpadków fabrycznych stałych i płynnych. 11) Normy żywienia się robotników w różnych gałęziach

produkcyi. 12) Rozwój fizyczny i stan zdrowia robotników w różnych gałęziach przemysłu. Chorobowość i śmiertelność ludności fabrycznej. 13) Rozpowszechnienie wśród robotników alkoholizmu, gruźlicy, kiły i innych chorób zaraźliwych. Środki zaradcze. 14) Służba zdrowia w fabrykach, zakładach przemysłowych i t. p. Położenie jej pod względem prawnym. Ubezpieczenia. Stowarzyszenia i Związki. 15) Zakłady wychowawczo-kształcące dla robotników i ich rodzin. Instytucye dobroczynne. Przytułki dla nieuleczalnych starców.

W czasie Zjazdu będą zwiedzane urządzenia zdrowotne w fabrykach w Moskwie i gubernii moskiewskiej. Prócz tego będzie urządzona wystawa, *a*) przyrządów i urządzeń ochronnych, *b*) fotografii, modeli i wzorów szpitali fabrycznych, ambulatoryów, przytułków dla położnic, ochronek i t. p. tablic statystycznych, kart regiestracyjnych, *c*) piśmiennictwa z zakresu medycyny i higieny fabrycznej, zarówno rosyjskiej, jak i w innych językach.

Wszelkich informacyi udziela prezes Zjazdu Dr Czułkow (Moskwa, Arbat, Nr 15), lub członek sekretaryatu Koła lekarzy fabrycznych w Łodzi Dr St. Skalski. *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca stycznia 1909 .	447.390	233,300
W lutym 1909	5,562	12,800
Razem .	452,952	246,100

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 28. II. do 6. III. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 4, Markowa 8), Brzeżany (Chorobrów 1), Buczacz (Krasiejów 4, Zadarów 1), Dąbrowa (Dąbrowa 1, Podkościele 1), Drohobycz (Medenice 3, Letnia 2), Gródek jagiell. (Uherce niezab. 1, Wiszenka 1, Stronna 5), Horodenka (Hawrylak 7, Niezwiska 3, Targowica 13, Czortowiec 16), Jaworów (Zawadów 1), Kolbuszowa (Trzeboś 2), Kołomyja (Chomiakówka 1, Siemakowce 3, Debesławce 2, Gwoździec stary 7),Lisko (Czarna 1), Skałat (Orzechowiec 1), Śniatyn (Trościaniec 3), Sokal (Wolica kom. 3), Stanisławów (Chomiaków 14), Turka (Jabłonka 3, Lipie 9), Zborów (Daniłowce 2, Jarczowce 1), Złoczów (Czyżów 2). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 28. II. do 6. III. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 1 (w tem obcych 1 † —), płonicy 17 † 5 (2 † 1), odry 7, duru brzusznego 1 † 1 (— † 1), czerwonki 1 † 1. *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 28. II. do 6. III. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2 (w tem obcy 1), krztuśca 1, płonicy 13 † 3 (6 † 1), odry 11 † 1 (3 † 1), duru brzusznego 8 † 2 (4 † 2), czerwonki 1 (1), jaglicy 103 (90). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 14. II. do 20. II. 1909 zgłosiło się do szpitali warszawskich chorych na: ospę 8 † 1, płonicę 7, odrę 4, dur osutkowy 38 † 5, dur brzuszny 15 † 1, dur powrotny 4, błonicę 4, czerwonkę 1, grypę 8, różę 15. (*Gaz. lek.* 10).

Dur osutkowy coraz groźniej zaczyna szerzyć się w Warszawie. »Gazeta lekarska« (10), zwracając na to uwagę, podnosi, że choroba ta grasuje silnie w całej Rosyi. Wobec tego także prawdopodobieństwo wkroczenia tej epidemii do Galicyi w rozmiarach znaczniejszych jest większe, niż kiedykolwiek. *R.*

I. Zjazd internistów polskich.

Następujące wykłady zgłoszono dotąd na I. Zjazd internistów polskich w Krakowie (19. lipca 1909).

Serya I. (l. 1—13) *z kliniki lekarskiej Uniw. Jag.*

1. Dr B. Korolewicz. Wyniki leczenia w dyspenzatoryum dla gruźlicy w klinice lekarskiej U. J.

2. Prof. W. Jaworski i Dr B. Korolewicz. O nowszych badaniach szczytów płucnych.

3. Prof. W. Jaworski i Dr B. Korolewicz. O znaczeniu opsonin w gruźlicy płuc według spostrzeżeń na chorych kliniki lekarskiej U. J.

4. Prof. W. Jaworski i Dr B. Korolewicz. O powietrzu w pokoju i na werandzie.

5. Doc. Dr R. Nitsch. Uwagi o serodyagnostycznej metodzie Wassermanna.

6. Prof. W Jaworski i Dr S. Łapiński. O znaczeniu klinicznem metod serodyagnostycznych kiły na podstawie wyników, otrzymanych w klinice lekarskiej U. J.

7. Doc. Dr E. Mięsowicz i Dr A. Maciąg. Badania kliniczne i doświadczalne nad antytryptycznem działaniem surowicy krwi.

8. Doc. Dr E. Mięsowicz. Doświadczalnie wywołane zmiany »miażdżycowe« u zwierząt.

9. Dr W. Kluger. O elektrycznych metalach koloidalnych i ich wartości leczniczej w sprawach zakaźnych.

10. Dr S. Szurek. Autoseroterapia.

11. Dr J. Kostrzewski. O odczynie Camidgea.

12. Dr W. Skórczewski i Dr J. Kostrzewski. Wydzielanie cukru mlecznego drogą nerek przy zwężeniach odźwiernika.

13. Prof. W. Jaworski i Doc. Dr E. Mięsowicz. O zaradzeniu deprawacyi medycyny wykonawczej przez nowoczesne prądy we fabrykach chemicznych i aptekach.

O dalsze zgłoszenia uprasza się pod adresem sekretarza Zjazdu, kol. Dra B. Korolewicza, klinika lekarska (Kopernika 15).

W Krakowie, dn. 15. marca 1909.

Prof. W. Jaworski,
przewodniczący komitetu.

Sprawą statystyki gruźlicy

na XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich zajęła się gorliwie Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich, gdzie liczne grono kolegów podjęło się wypełniać bloczki statystyczne, przygotowane przez Delegacyę Zjazdów. Sekcya jarosławska organizuje zbieranie statystyki w Jarosławiu (w szpitalu, kasie chorych i praktyce prywatnej) w Radymnie i w Sieniawie.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lek. krakowskie odbyło w d. 10. III. 1909 posiedzenie, na którem Dr Łapiński wykładał o odczynie Wassermanna, a Dr Nelken przedstawił chorego z kliniki neurologicznej. W dyskusyach przemawiali: Doc. Droba. przedstawiając wyniki badań własnych i Prof. Krzyształowicza w sprawie odczynu Wassermanna, Dr Eisenberg, Prof. Jaworski, Prof. Nowak, Prof. Reiss i Dr Rydel.

Lwów. Krajowa Rada zdrowia odbyła w d. 6. III. 1909 posiedzenie, na którem rozpatrywano sprawę pomnożenia okręgów sanitarnych w Zbarazkiem, wydano opinię co do budowy szpitala w Nowym Targu, co do szczepień ochronnych przeciwdurowych, mianowania docenta higieny w seminaryum naucz. w Rudniku, obsadzenia 2 posad koncepistów sanitarnych i wreszcie co do grobowca rodzinnego w B.

Poznań. Dzienniki niemieckie podały pogłoskę, że rząd pruski utworzyć ma w Poznaniu Akademię medycyny praktycznej. »Deutsche mediz. Wochenschrift« (9) wyjaśnia, że o tem nie ma mowy, a podstawą pogłoski jest urządzenie 14-dniowych kursów dla lekarzy.

Warszawa. Porządek dzienny posiedzenia Wydziału III. Towarzystwa naukowego warsz. w d. 4. III. b. r. obejmował m. i. następujące prace: J. Sosnowski: Studya doświadczalne nad pobudliwością; St. Serkowski: Kolonie ruchome i kolonieolbrzymy drobnoustrojów; J. Tur: a) Doświadczenia nad wpływem promieni radu na rozwój zarodków kaczki; b) W sprawie potworów rzekomo złożonych w rozwoju ptaków.

Łodź. Grudniowy zeszyt »Czasopisma lekarskiego« za rok 1908 ukazał się przed paru dniami (opóźnienie nastąpiło z winy drukarni). Słowo wstępne do tego zeszytu przypomina genezę »Czasopisma«, jego program, pokrótce streszcza dziesięcioletnią jego działalność i wreszcie wyjaśnia przyczyny czasowego połączenia »Czasopisma« z »Przeglądem lekarskim«. W ciągu dziesięciolecia byli wydawcami »Czasopisma«, powstałego z inicyatywy dr. J. Kolińskiego i S. Sterlinga, koledzy: dr. J. Koliński, Cz. Stankiewicz, St. Serkowski, J. Michalski i H. Trenkner, redaktorem przez lat dziesięć dr. S. Sterling. W komitecie redakcyjnym zasiadało przez ten czas 24 kolegów, prace oryginalne, których spis (ogółem 253) przytoczono, drukowało

w »Czasopiśmie« 110 autorów, artykuły z zakresu medycyny i higieny społecznej 91.

Z różnych stron. Referentem sanitarnym w austr. ministerstwie spraw wewn. po zmarłym Drze Daimerze ma zostać podobno Dr med. i prawa Haberer, protomedyk Tyrolu. (Allg. Wiener med. Ztg. 10).

— Na porządku dziennym Zgromadzenia Związku polskiego lekarzy i przyrodników« w Petersburgu w d. 20. II./5. III. 1909 znajdował się wykład Prof. Dra Szawłowskiego: »Współczesne dane, tyczące się kwestyi segmentacyi ciała« i obrady nad projektem Prof. Dra Ziemackiego założenia wolnej wszechnicy polskiej w Petersburgu.

— Od początku r. b. wychodzi w Pradze pod redakcyą Prof. Dra Formanka i Prof. Dra Pithy, jako dodatek do »Časopisu lekarů ćeskych«, pismo p. t. »Revue de médecine tchèque«, zawierające streszczenia prac lekarskich czeskich, częścią niemieckie, częścią francuskie. Trzeci tegoroczny zeszyt tego wydawnictwa obejmuje 8 arkuszy i zawiera 89 streszczeń, przeważnie z wykładów na IV. Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich.

— VIII. międzynarodowa konferencya przeciwgruźlicza odbędzie się 8—10. VII. b. r. w Stockholmie w połączeniu z wystawą, dotyczą opieki nad dziećmi w rodzinach gruźliczych. Po konferencyi odbędą się wycieczki do północnej Szwecyi. Zgłoszenia najpóźniej do 1. maja pod adresem: »Geschäftsstelle der internat. Tuberkulose-Vereinigung, Charlottenburg, Knesebeckstrasse 29«.

— W celu zaznajomienia lekarzy ze sposobami badań bakteryologicznych i dezynfekcyi praktycznej podczas cholery, przy Instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu organizuje się kursa bezpłatne; na każdy kurs może być przyjętych co najwięcej 50 lekarzy.

Powołani: higienista Prof. Kruse z Bonn do Królewca, internista Prof. Brauer z Marburga do Gryfii, pedyatra Doc. Pirquet z Wiednia na stanowisko profesora i dyrektora szpitala dziecięcego w »John Hopkins University« w Baltimore.

Mianowani: koncepista sanitarny Dr Roman Serkowski Dr Edmund Kowalski lekarzami powiatowymi.

Zmarli: Dr Franciszek Szpakowski w Korcu na Wołyniu, gdzie pracował przez 35 lat.

Sprostowanie. W Nrze 9. na str. 144. w lewej szpalcie wiersz 9. od dołu zamiast »5% rozczyn«, ma być »0·5% rozczyn«.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 17. marca 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1. Dr Rose: Przedstawienie chorego z kliniki neurologiczno-psychiatrycznej; 2. Prof. Rosner: Demonstracya potworka (acardiacus); 3. Prof. Nowak: O wartości uodpornienia bydła przeciw gruźlicy metodą Behringa.

Posiedzenie sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. galic. odbędzie się **w piątek dnia 20. marca 1909** o godzinie 6 wieczorem w szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych. 2) Krętki Schaudinna (z demonstracyami drobnowidowemi), kolega Dr Puzon. 3) W sprawie leczenia zgorzeli kończyn, kolega Dr Fechter.

O liczne zebranie się uprasza Biuro sekcyi.

Sekretarz: *Dr Feldman.* Przewodniczący: *Dr Czyżewicz.*

Walne Zgromadzenie (konstytuujące) **krakowskiego Związku obwodowego lekarzy** odbędzie się **w sobotę dnia 20. marca b. r.** w Krakowie w Domu lekarskim (ul. Radziwiłłowska l. 4) **o godzinie 5½ popołudniu**. Porządek dzienny: 1) Wybór przewodniczącego Zgromadzenia. 2) Sprawdzenie legitymacyi Delegatów Organizacyi powiatowych. 3) Wybór 5 członków Zarządu i 3 członków komisyi kontrolującej. 4) Wybór 3 Delegatów na Zjazd Delegatów Związku krajowego. 5) Wnioski i interpelacye.

W myśl § 8. ust. 2) Statutu Zw. obwod. w Walnem Zgromadzeniu mogą brać udział wszyscy członkowie należących do Związku Organizacyi powiatowych z głosem doradczym. Prawo głosowania mają jedynie Delegaci Organizacyi i członkowie Zarządu Związku obwodowego.

Dr Józef Bednarski, Delegat Org. lek. pow. Chrzanowskiego. *Dr Sokołowski, Dr Flis,* Delegaci Org. lek. m. Krakowa.